

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

" ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DA FRONTEIRA DO BRASIL COM O
PARAGUAI: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores"

LURDIANE ANDRÉA MARCA

FLORIANÓPOLIS
JANEIRO, 2007

LURDIANE ANDRÉA MARCA

“ ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DA FRONTEIRA DO BRASIL COM O
PARAGUAI: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores”

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Programa
de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade
Federal de Santa Catarina como requisito parcial para
obtenção o título de Mestre em Serviço Social sob a
orientação da Profª. Drª. Vera Maria Ribeiro Nogueira

FLORIANÓPOLIS
JANEIRO, 2007

LURDIANE ANDRÉA MARCA

“ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NA REGIÃO DA FRONTEIRA DO BRASIL COM O PARAGUAI: políticas, redes de atenção e percepção dos profissionais e gestores”

Dissertação aprovada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social – Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Vera Maria Ribeiro Nogueira (UFSC)
Orientadora

Prf^ª. Dr^ª. Myriam Mitjavila (UFSC)
Membro Examinador I

Prf^º Jonas Salomão Spricigo
Membro Examinador II

FLORIANÓPOLIS
JANEIRO, 2007

É que parto do pressuposto – talvez a vida tenha me ensinado – de que uma coisa é você ter idéias e outra é a forma de exprimi-las [...] E são poucos os que perguntam e muitos os que repetem. Então é preciso escolher as palavras fortes que produzam o discurso da mudança, que convoquem as pessoas a entrar na corrente do ‘contra’ (Milton Santos, 2002).

AGRADECIMENTOS

O curso de Mestrado nos coloca diante de vários desafios, aos quais foram compartilhados intensamente, mesmo que a distância. Com carinho, agradeço aos que por aqui passaram e deixaram suas marcas, impressões e contribuições, apenas temo não nomeá-las

Certamente a DEUS, fonte de toda minha energia nos momentos de desânimo e falta de inspiração.

A prof^a. Dr^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira, que durante este período esteve ao meu lado pessoal ou virtualmente. Agradeço, pois, mais do que orientadora mostrou-se uma grande amiga em todos os momentos e, para uma amizade não existem palavras para expressar a gratidão que sinto, porém, Verinha meu muito obrigado, lhe admiro muito.

A todas minhas colegas de trabalho da Secretaria de Saúde de Camboriú, em especial a Bio, Drica, Megh, Gleid e Marcinha, que souberam compreender minha ausência e, também, por muitas e muitas vezes me consolarem e não permitirem que eu desistisse desse projeto.

À Pessoa!!! Não poderia deixar de dedicar a Geusina meu muito obrigada!! Uma grande amiga, conquista desta trajetória acadêmica, que soube mostrar o ser maravilhoso que é nos momentos mais críticos que vivenciamos. Pessoa, obrigada pela confiança e pelo incentivo, impossível expressar o Ser lindo que você é.

Não poderia esquecer das minhas amigas e companheiras diárias, Sabrina e Raquel, que souberam entender meu mau humor e compartilhar, no nosso divã, as dificuldades, lamentações e conquistas desse processo.

Agradeço, principalmente, aos sujeitos desta pesquisa que aderiram ou não a proposta desta investigação.

Aos professores Jonas Spricigo e Miryam Mitjavilla pelas contribuições dadas ao meu trabalho como membros da banca de qualificação.

Agradeço, em especial, a minha família, pois sua energia, vibração e encorajamento foram o gás necessário para as várias noites sem dormir, para os fins de semana reclusa em meu quarto, para a ausência nos momentos mais importantes de nossa família, como o nascimento do Kayan, meu sobrinho afoilhado lindo. Sem vocês Euclides (pai), Lourdes (mãe), Euclidiano e Adolfo meus irmãos lindos e Nau minha cunhada positiva e alto astral, eu não conseguiria. Família linda, agradeço pela torcida e pelo orgulho que sentem em tudo que faço, amo vocês.

Enfim, a todos que não foram citados, mas que colaboraram ou se sentem colaboradores de alguma forma, meu muito obrigada!!!

RESUMO

MARCA, Lurdiane Andréa. Atenção à saúde mental na região da fronteira do Brasil com Paraguai: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006. Orientadora: Prof^a. Dr^a. Vera Maria Ribeiro Nogueira

O presente trabalho caracteriza o quadro atual da saúde mental na fronteira de Foz do Iguaçu-BR e Ciudad del Este-PY, evidenciando as políticas nacionais de saúde mental, as redes públicas de atenção que materializam tais políticas nos dois municípios e a percepção dos agentes referente a dinâmica da mesma. Esta região caracteriza-se por um trânsito permanente de pessoas e produtos que cruzam a fronteira fazendo com a sociedade local apresente um perfil heterogêneo onde seus habitantes convivem com uma realidade singular revestindo-se, assim, de particular importância. Na linha teórica adotada, a atenção em saúde mental está voltada a uma perspectiva de desinstitucionalização da assistência. Esta perspectiva compreende a desinstitucionalização como desconstrução, difundida pela Reforma Psiquiátrica italiana, que vem contribuindo para a revisão da atenção psiquiátrica em todo o mundo. Representa um processo de transformação estrutural da visão da sociedade em relação à loucura, abarcando não apenas o modelo de cuidado, mas, também, a condição social deste sujeito em sofrimento, superando a dicotomia saúde-doença. Através destas referências teóricas, vem sendo conformada prática terapêutica substitutiva ao modelo hospitalocêntrico, através da implementação de políticas públicas. Assim, vem ocorrendo uma transferência do local de cuidado do portador de transtorno mental, passando do hospital psiquiátrico para centros de atenção comunitários, propondo desta forma, a construção e organização de uma rede integrada de atendimento considerando a singularidade e as condições concretas de vida das pessoas que buscam cuidado. Esta análise tem como pano de fundo a discussão dos determinantes sociais de saúde, entendendo estes como as condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham. Considera-se a fronteira um “território vivo”, e nesta especificamente, acentuam-se todos os fenômenos sociais como desemprego, pobreza, enfim, determinantes que afetam a saúde da população que lá reside. Necessitando, desta forma, de políticas públicas de saúde e, nesse caso, políticas públicas de saúde mental, que dêem conta da complexidade que envolve a fronteira estudada. Entretanto, a atenção em saúde na região fronteiriça é tratado apenas no plano discursivo não havendo uma preocupação das instâncias governamentais de ambos países em formular e implementar políticas públicas comuns que favoreçam a redução das iniquidades em saúde.

Palavras chave: Desinstitucionalização, Saúde Mental, Políticas de Saúde Mental, Redes de Atenção.

ABSTRACT

MARCA, Lurdiane Andréa. Attention to the mental health in the border area Brazil Paraguay: politics, attention nets and agents' perception. Master's Dissertation in Social Service. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006. Supervisor: Prof. Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

The present work describes the current situation of the mental health in the border area of Iguaçu Falls – BR and Ciudad del Este – PY, making evident the national politics of mental health, the public attention nets in both districts and the agents' perception of that area. This region is characterized by a permanent traffic of people and products that makes local society heterogeneous where it's habitants live together within a singular reality of fundamental matter. In the adopted theoretical perspective, the attention to mental health must be pointed to a deinstitutionalization perspective of the assistance. This perspective comprehends the deinstitutionalization as deconstruction, spread by the Italian Psychiatrist reformation, which has been contributing to the psychiatrist attention review all over the world. It represents a process of structural transformation of the vision of society regarding the madness, comprising not only the model of caring, but also the social condition of this person in pain, overcoming the dichotomy healthiness – disease. This analyzes has as background the discussions of the social determining of healthiness, understanding these as the social conditions in which people work and live. Being the border area a “live territory” that creates in an optimized way the entire social phenomenon such as unemployment, poverty, we apprehend that this region conforms all the determining that affects the healthiness of the population that lives there, needing, in this way, politics for public health and, in this case politics for mental health, being able to solve the complex matter that involves the studied border area. Through these theoretical references, it's being conformed therapeutics practices substitutive to the hospitalcentric model, through the implementation of public politics. Thus, has been occurring a transfer from the caring place of the person with mental disturb, passing from the psychiatrist hospital to the community attention centers, proposing in this way, the construction and organization of a united net of service considering the singularity and the concrete conditions of the lives of the people who seek care. Therefore, the attention to health in the border area is treated just in the discursive plan not having preoccupation of the governmental instances from neither countries in order to formulate and implement common public politics that favorites the reduction of iniquities in health.

Key words: deinstitutionalization, mental health, mental health politics, Attention nets

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. REFORMA PSIQUIÁTRICA.....	31
1.1 PARADIGMA PSIQUIÁTRICO E INSTITUIÇÃO ASILAR.....	32
1.2 PSIQUIATRIA REFORMADA.....	35
1.3 UM NOVO PARADIGMA: A DESINSTITUCIONALIZAÇÃO.....	39
1.3.1 Desinstitucionalização: experiência americana	40
1.3.2 Desinstitucionalização: experiência italiana.....	43
1.4 AS CONQUISTAS DESSE PROCESSO.....	47
1.5 DESAFIOS NA ATUALIDADE.....	55
2. CONDIÇÕES DE VIDA E DETERMINANTES DE SAÚDE.....	58
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE AÇÃO.....	66
2.2 CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE MENTAL.....	69
2.3 FRONTEIRA: TERRITÓRIO VIVO.....	75
2.3.1 Foz do Iguaçu e Ciudad del Este: um espaço fronteiriço.....	78
3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: BRASIL E PARAGUAY	86
3.1 O ANDAR DA PESQUISA	87
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL	96
3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO PARAGUAY.....	113
4. QUADRO ATUAL DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL EM MUNICÍPIOS DA FRONTEIRA: Foz Do Iguaçu e Ciudad del Este	125
4.1 REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Foz do Iguaçu	128
4.2 REDES DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Ciudad del Este.....	142
4.3 DINÂMICA DA REDE ATRAVÉS DA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES: Foz do Iguaçu	145
4.4 DINÂMICA DA REDE ATRAVÉS DA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES: Ciudad del Este.....	159
4.5 REFLEXÕES SOBRE A FRONTEIRA NA DINÂMICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL.....	163
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	169

REFERÊNCIAS	175
ANEXO.....	185

INTRODUÇÃO

Este estudo, intitulado “*Atenção à saúde mental na região da fronteira do Brasil com Paraguai: políticas, redes de atenção e percepção de profissionais e gestores*”, relaciona-se com as repercussões da Reforma Psiquiátrica nas políticas de saúde mental na região¹ de Foz do Iguaçu - Brasil, e Ciudad del Este - Paraguai. Decorre do interesse acadêmico manifestado desde o período de graduação até o momento atual em que minha atuação como Coordenadora Municipal de Saúde Mental de Camboriú – SC possibilitou maior aproximação com este campo complexo no qual encontra-se inserida a saúde mental, vislumbrando, assim, a contribuição teórica e prática desta investigação.

Institucionalmente, vincula-se ao Núcleo de Estudo e Pesquisas sobre Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da UFSC, integrando a linha de pesquisa Mercosul, fronteiras e direitos sociais.

Inicialmente, enquanto proposta de investigação, o projeto previa ter como campo empírico a região da tríplice fronteira composta por Fóz do Iguaçu (Brasil), Ciudad del Este (Paraguai) e Puerto Iguazú (Argentina). Porém, em uma primeira aproximação evidenciou-se que Puerto Iguaçu não apresenta uma movimentação intensa de pessoas, mercadorias e serviços em sua fronteira. Tendo em vista a reduzida demanda por serviços públicos de saúde pelos moradores deste país nos demais, e vice versa, tal como ocorre entre Brasil e Paraguai, optamos em seguir um novo percurso, não incluindo, desta forma, Puerto Iguazú neste estudo. Não há intenção de afirmar que não ocorra um fluxo e nem uma procura por serviços públicos, por parte dos moradores desta localidade. Apenas está sendo registrado não haver intensidade relevante para a inclusão no estudo que foi proposto.

Por este fato, realizou-se a investigação apenas entre Brasil e Paraguai, na linha de fronteira que separa Foz do Iguaçu e Ciudad del Este. A escolha ocorreu tendo em vista que há um trânsito permanente de pessoas fazendo com que a sociedade local apresente um perfil heterogêneo onde seus habitantes convivem em uma realidade singular, revestindo-se de particular importância.

¹ Utiliza-se o conceito de região como referencia associada à localização de certos fenômenos que ocorrem em determinado espaço, independente de limites ou circunscrições administrativas.

Esta realidade singular implica o reconhecimento das repercussões oriundas dos ajustes econômicos e do padrão atual de acumulação², e das transformações causadas pelas mesmas no campo sócio-econômico e cultural. A importância dada a esse aspecto decorre do fato de que as consequências destas transformações³, associada à realidade de uma fronteira, acabam influenciando a saúde da população que lá reside, o que supostamente pode estar gerando uma maior demanda para a rede de atenção em saúde mental de ambos países. Tal demanda vem sendo referida pelos profissionais de saúde da região, conforme constam em estudos já realizados (NOGUEIRA e SEMIONATTO, 2004).

Alguns fatores que podem estar igualmente influenciando o processo de adoecimento nesta região, tendo em vista serem aspectos fortemente presentes na realidade cotidiana da população, estão ligados ao narcotráfico, à dependência química, à violência, à exclusão social e à pauperização. Estes são fenômenos contemporâneos, presentes na sociedade como um todo, porém encontram-se de forma acentuada em regiões fronteiriças de todos os países, como é o caso da fronteira entre México e Estados Unidos.

Este contexto que torna a realidade fronteiriça ainda mais complexa, associado às novas proposições no trato às questões de saúde, através do entendimento de que aspectos sociais, culturais, ambientais e econômicos influenciam o processo de saúde da população, indicam que, também, a saúde mental acaba sendo consequência destas determinações exigindo, assim, a adoção de políticas públicas que atendam essa demanda.

Entretanto, a assistência ao portador de transtorno mental é caracterizada por políticas que foram, no decorrer dos tempos, excluindo esse sujeito do convívio social e de diversos direitos sociais, políticos e civis. Portanto, não é tarefa simples abordar a questão da saúde mental, pois a mesma implica em um fenômeno complexo que possui dimensões de análise distintas em função dos enfoques teóricos, dos modelos médicos e das concepções sociais subjacentes nos diferentes contextos econômicos, sociais e espaciais (BELLOC et. al, 2006).

Neste contexto, a trajetória traçada na forma de cuidar o portador de transtorno mental foi sendo modificada através de diversas reformas desencadeadas por distintos movimentos e concepções.

² Abreu (1997) destaca algumas destas mudanças: globalização econômica, política e cultural; a constituição de blocos regionais e a articulação das economias; desemprego produtivo; segregação de grupos, povos, regiões; esgotamento de padrões de proteção social; monopólio científico e tecnológico; ajustes recessivos impostos pelas agências multilaterais; hipervalorização do padrão de livre mercado.

³ Atualmente, ocorre uma tendência reducionista das políticas sociais, que gradativamente vem rompendo com as normas constitucionais de diversos países.

As propostas de reforma não ocorreram de forma homogênea, podendo assumir formas bastante diferenciadas entre si. O que demarca, de forma incisiva, a distinção entre as diversas reformas que foram sendo processadas na saúde mental é “a forma do lidar prático e teórico da desinstitucionalização, conceito este que sofre uma metamorfose substancial e que abre novas possibilidades para o campo da reforma psiquiátrica” (AMARANTE, 1996, p. 17).

Em algumas tentativas reformistas o conceito de desinstitucionalização assume significados diferentes. Em algumas propostas ela é entendida como desospitalização, com a adoção de medidas saneadoras e racionalizadoras, como a diminuição de leitos e de tempo de internação hospitalares, aumento de altas e criação de serviços intermediários. Neste sentido, a desinstitucionalização está voltada para objetivos administrativos de redução de gastos e não com a transformação da assistência e do paradigma psiquiátrico tradicional.

Outra tendência identificada em algumas propostas é a desinstitucionalização como desassistência, conforme afirma AMARANTE (1996, p. 21)

Como se as políticas de desinstitucionalização não significassem a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de cuidado. Entende-se, neste sentido, que a desinstitucionalização significaria abandonar os doentes à própria sorte, seja pela premissa crítica, correta, de que seu objetivo pode ser o de reduzir ou erradicar a responsabilidade do Estado para com estas pessoas e familiares, seja por uma compreensão pouco correta do conteúdo teórico que esta em jogo.

A tendência utilizada como base teórica neste estudo compreende a desinstitucionalização como desconstrução, caracterizada pela crítica epistemológica ao saber médico constituinte da psiquiatria.

Esta perspectiva foi difundida e aplicada pela Reforma Psiquiátrica italiana, contribuindo decisivamente para a revisão da atenção psiquiátrica em todo o mundo. Transcendendo o objetivo único de transformar a assistência em saúde mental, também questionou o conceito de doença mental e as práticas que fundamentavam o saber psiquiátrico. De acordo com Amarante (2005), tal reforma representa um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura, abarcando não apenas o modelo de cuidado, mas também suas noções sobre a condição social desse sujeito em sofrimento. Yasui (1991, p. 167), confirma e ratifica essa posição, conforme explicita a citação a seguir:

A crítica radical à psiquiatria tradicional, efetuado desde os anos setenta, produziu uma mudança na concepção do objeto, focado exclusivamente na doença, como uma decorrente prática centrada quase que exclusivamente na figura do médico, para uma concepção que supera as dicotomias saúde/doença, entendendo a saúde mental como um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nessa concepção, não se busca a preponderância de um determinado fator sobre o outro, ao contrário, trata-se de tomar o drama do existir humano em sua complexidade.

Ao desconstruir saberes e práticas psiquiátricas, a desinstitucionalização abre espaço para formas inovadoras de lidar com a loucura viabilizando, desta forma, uma transformação social.

A desinstitucionalização torna-se assim um processo, a um só tempo, de desconstrução dos saberes e práticas psiquiátricas – expresso principalmente nos princípios de colocar entre parênteses a doença mental, o que permite a identificação e a desmontagem do duplo de doença mental, e no trabalho com o sujeito concreto, encortinado pelo conceito de doença -, e de intervenção prático-teórica de novas formas de lidar, não mais com a doença, mas com o sujeito doente (AMARANTE, 1996, p. 100).

Através destas referências teóricas, estão sendo conformadas práticas terapêuticas substitutivas, através da implementação de políticas públicas em diversos países. Assim, vem ocorrendo uma transferência do local de cuidado do portador de transtorno mental, passando do hospital psiquiátrico para centros de atenção comunitários. Estes centros propõem a organização de uma rede integrada de atendimento que viabilize a continuidade do tratamento, considerando a singularidade e as condições concretas de vida das pessoas que buscam cuidado.

Ao pretendermos identificar as tendências presentes em uma dada política social, nesse caso específico políticas de saúde mental do Brasil e do Paraguai, temos que estar atentos ao debate mais amplo em que este conceito está envolvido. Para González (2005, apud Alvarez 2000), “las políticas son, en todo caso, decisiones e acciones del Estado que se expresan en formas jurídicas, como leyes e decretos. Como tales, se inscriben en esa forma de organización del poder, el Estado”.

Entendemos ser a política social um tema presente em diversas tendências analíticas no campo psiquiátrico, que trazem à tona a secular relação entre o Estado e a Sociedade Civil. As políticas sociais se situam no interior de um tipo particular de Estado, que visa à manutenção das relações sociais de determinada formação social. “Assumem feições diferentes em diferentes

sociedades e diferentes concepções de Estado. É impossível pensar o Estado fora de um projeto político e de uma teoria social para a sociedade como um todo” (HOFLING, 2001, 30).

Neste sentido, vários autores trabalham na construção deste conceito. Políticas sociais, segundo a fala de Hofling (2001, p. 31) são “as que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento sócio-econômico”.

Dentro de uma perspectiva mais tradicional, as políticas sociais são concebidas “como um conjunto de ações, por parte do aparelho estatal, que tendem a diminuir as desigualdades sociais” (PASTORINI, 1997, p. 81). Desse modo, elas têm função de corrigir os efeitos negativos produzidos pela acumulação capitalista.

As políticas sociais são entendidas como concessões por parte do Estado e definidas pelos autores desta perspectiva tradicional, como aqueles mecanismos tendentes a redistribuir os escassos recursos sociais com a finalidade de melhorar o bem estar da população em seu conjunto, especialmente daqueles prejudicados pelo mercado (PASTORINI, 1997, p. 81).

Nessa perspectiva encontra-se a tese neoliberal, com uma concepção de Estado mínimo e o mercado como regulador da riqueza e da renda. Efetivamente, as políticas sociais têm-se caracterizado por propostas reducionistas presentes no pensamento neoliberal que, reconhecendo o dever moral de prestar socorro aos pobres e ‘inadaptados’ à vida social, não reconhece seus direitos sociais (YAZBEK, 2002). Durante um longo período, os portadores de transtornos mentais conviveram com essa realidade. Sem serem considerados sujeitos de direito, recebiam assistência através da exclusão em instituições especializadas, através de práticas médico-hospitalares, sem terem de fato uma política social voltada às suas reais necessidades.

Ressaltamos que nossa perspectiva sobre política social ancora-se em uma visão crítica dialética, reiterada, também, na definição de Faleiros (1986, p. 80), que a define como “formas de manutenção da força de trabalho econômica e politicamente articuladas para não afetar o processo de exploração capitalista e dentro do processo de hegemonia e contra-hegemonia da luta de classes”.

Entretanto, as discussões nas últimas décadas acerca da assistência psiquiátrica indicam uma série de transformações proporcionadas pelas mudanças ocorridas na própria sociedade e na

forma de cuidar o portador de transtorno mental, direcionando essa assistência para uma nova perspectiva de políticas de saúde mental.

A saúde mental sempre foi caracterizada por um estigma histórico de assistência prestada através da exclusão social e de modelos hospitalocêntricos entendidos enquanto instituições de cura. O imaginário social sobre a loucura esteve historicamente associado à doença, à anormalidade, ao defeito e à periculosidade (AMARANTE, 1996). A posição deste autor é reiterada por Vieira Filho e Nobrega (2004 p. 374), quando o mesmo cita que,

esta prática transmite socialmente, ainda nos dias de hoje, concepções e representações de conteúdos excludentes que contribuem para construir e/ou reforçar estereótipos, estigmas e discriminações em relação ao usuário identificado como doente mental desviante.

Neste modelo de assistência, as perspectivas dos pacientes enquanto cidadãos de direitos eram anuladas, e as únicas políticas voltadas ao portador de transtorno mental eram as que fortaleciam a exclusão social do mesmo. Entretanto, a partir da década de 1960, este caráter de marginalização e exclusão favoreceu o aparecimento de críticas e de reivindicações para a transformação do padrão de intervenção do Estado na assistência aos portadores de transtornos mentais. Essas críticas proporcionaram algumas mudanças no paradigma tradicional, passando a prever direitos a essas pessoas como também, modelos substitutivos de assistência.

Vários estudos nas últimas décadas vêm apontando para a necessidade de avanços nas práticas em saúde mental. Essa necessidade decorre das consequências geradas pela forma de atendimento prestado no modelo de atenção centrado em hospitais psiquiátricos, pela ineficácia destas internações, seus efeitos cronificadores sobre os pacientes e a constatação da violação dos direitos humanos dos pacientes nestas instituições⁴. “Trata-se de buscar, para além dos sintomas manifestos, o sentido que se constrói na articulação da historia individual e do contexto sócio-cultural” (ALMEIDA FILHO e PERES, 2005, p. 3).

Vem ocorrendo uma mudança na característica do tratamento que, da intervenção psiquiátrica, requer agora, cuidado. Mas, para haver cuidado, é necessário a inclusão deste sujeito, não mais apenas de seus sintomas. A compreensão de que o sujeito precisa ser cuidado e

⁴ Neste sentido, destacamos os trabalhos de Amarante (1994), Moreira (1983), Sampaio (1989).

não apenas sofrer intervenções, desmistifica a questão do isolar para intervir (FOUCAULT, 1999). A extensão do cuidado ao sujeito é ampliada para a comunidade, não mais isolando-o da família e da potencialidade de elaborar e desenvolver laços sociais.

No final da década de 80 e início de 90, nós trabalhamos com outros paradigmas relacionados com a atenção aos portadores de transtornos mentais, substituindo intencionalmente a palavra “tratar”, que sempre pressupõe uma nomeação diagnóstica, por “cuidar”, termo mais adequado que incorpora vários “problemas” a serem superados, negando, a princípio, critérios habituais de seleção e/ou exclusão (ALVES, 2001, p. 167).

A extensão do cuidado à comunidade, no contexto da desinstitucionalização, implica na construção de uma prática terapêutica em rede social, indicada como pertinente aos serviços comunitários. Podem ser considerados como exemplos os Centros de Atenção Psicossocial-CAPS, instituídos no Brasil a partir da Reforma Psiquiátrica brasileira.

Nesse sentido, Vieira Filho e Nobrega (2004, p. 374), afirmam que se focalizam as redes de relações profissionais, ou serviços equivalentes, de caráter intra e interinstitucional, bem como as redes significativas do usuário. “Estas redes são entendidas numa dinâmica de colaboração solidária entre profissionais, usuários e comunidade, no contexto de políticas públicas de não abandono ao usuário e, de desconstrução do circuito hospitalocêntrico em saúde mental”.

Concomitante a essa nova forma de cuidar o portador de transtorno mental, se enfrenta um desafio ainda mais complexo que se configura no trato da questão social⁵ e de suas diversas expressões como a pobreza, o desemprego, a exclusão social, a precarização do trabalho, as políticas públicas focalizadas e outros. Portanto, a questão social adensa determinantes sociais, culturais, políticos, econômicos e históricos (Netto, 2001), agravados perante as mudanças processadas pela nova ordem mundial alterando os processos e as relações sociais e predispondo cada vez mais a população a sofrimentos psíquicos.

Este contexto en general en los comportamientos y relaciones sociales de los sujetos generando situaciones de incertidumbre, crisis de identidades, participación, de representación, ruptura del entramado social, produciendo

⁵ A Questão Social é apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade (Iamamoto, 2003).

malestar y padecimiento psíquico del ser humano, constituyendo nuevas demandas en salud mental, a partir de nuevas formas en que se manifiesta el sufrimiento subjetivo (CUSTO, 2003, p.1).

Há muito se reconhece que os principais determinantes de saúde estão relacionados à forma como se organiza a vida social. Desta forma, as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre as condições de saúde.

A Comissão de Determinantes Sociais de Saúde-CDSS/OMS⁶ (2005), define que

Os determinantes sociais de saúde (SDH) são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham [...] apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (CDSS, 2005, p. 4).

Segundo Birman (1991, p. 8), a saúde está na ordem do simbólico e da significação. O simbólico mostra-se tão concreto quanto os distúrbios do corpo. O homem pode desenhar em sua mente significados e sentidos de acordo com seus códigos culturais e suas relações sociais. Isso poderá alterar seu funcionamento biológico, psicológico, emocional e afetivo.

[...] o real (sobre a saúde) é desenhado pelas redes de sentidos inscritos na ordem do simbólico, de forma que os diferentes objetos constitutivos da realidade se ordenam enquanto tal pela operação de simbolizações, instaurando a experiência do mundo como substancial ao registro da significação (BIRMAN, 1991, p. 08).

Medeiros e Guimarães (2002, apud Birman, 1998), na Conferência “Abordagem Política dos Aspectos da Psiquiatria no Brasil”, realizada em Natal-RN, em 1988, destacou a doença mental como motivo do maior número de mutilados socialmente. Isto não por ausência de políticas de saúde, mas sim pela existência de políticas de exclusão que, por excesso de jornada de trabalho, condições insalubres, baixos salários, péssimas condições de moradia e de

⁶ Em 2004, foi proposto pela OMS, na Assembléia Mundial de Saúde, a criação de uma comissão para recomendar políticas públicas de saúde e externas ao setor saúde que visem à melhoria das condições de saúde e a diminuição das iniquidades. Desta forma, foi criada a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde – CDSS/OMS em março de 2005, que tem como meta global a busca de equidade em saúde, lidera um processo mundial de organização do conhecimento sobre os determinantes sociais em saúde com vistas a fortalecer as práticas e as políticas voltadas para a diminuição das iniquidades em saúde. No Brasil, em março de 2006, foi lançada a Comissão Nacional de Determinantes Sociais CNDSS, através da parceria do Ministério da Saúde e a Fundação Oswaldo Cruz.

alimentação e ausência de lazer, acabam por determinar a ‘loucura’ nos trabalhadores e na população de uma forma geral.

Desta forma, podemos entender que a realidade do sujeito, em seu cotidiano de trabalho e de relações pessoais, algumas vezes permeadas por crises afetivas, financeiras e sociais, determina seu processo de saúde-doença, em especial, a saúde mental. Neste sentido, Miettinen (2001), afirma que a relação da saúde com a qualidade de vida é assunto que vai além da medicina. “Tornou-se um consenso à idéia de que a saúde constitui um indicador de qualidade de vida, e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais de existência” (DUCHIADE, 1999, p. 16).

Nas últimas décadas, assinala Lopes (et. all, 2003), os estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para uma melhor compreensão dos elos entre fatores do ambiente social e a origem e o curso de distúrbios psiquiátricos. Estes autores chamam atenção para uma das maiores dificuldades em avaliar os determinantes sociais na iniciação e no curso dos distúrbios psiquiátricos que repousa na possibilidade de causalidade bidirecional associada a estes eventos. Assinalam que, “por outro lado, a doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego, ruptura de relações pessoais, etc” (LOPES, et. all, 2003, p. 3).

Conforme o Relatório Sobre Saúde Mental no Mundo – 1 da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001), “a separação dos fatores psicológicos e sociais tem constituído tremendo obstáculo a uma verdadeira compreensão dos transtornos mentais. A evidência científica moderna indica que estes resultam da interação da biologia com fatores sociais”.

Neste mesmo relatório a OMS (2001), ao discorrer sobre os fatores sociais, evidencia que existe uma relação complexa e multidimensional entre aspectos como urbanização, pobreza e saúde mental. A pobreza é aqui definida, em termos mais amplos, como um estado em que não se dispõe dos meios suficientes para a satisfação das necessidades básicas, ocorrendo desta forma a falta de recursos sociais.

Na América Latina, e no Brasil em particular, existem uma série de fatores que contribuem para a elevada prevalência de eventos da vida estressantes e de transtorno mentais na população, tais como processos acelerados de urbanização e industrialização, acesso desigual ao cuidados de saúde, condições de moradia inadequadas, distribuição desigual de renda, desemprego, altas taxas de violência e criminalidade (LOPES, et. all, 2003, p. 3).

Concomitante ao desafio que é próprio da área de saúde mental, acrescentamos o complexo emaranhado de relações que envolvem a região de fronteira, campo empírico deste estudo.

Por um longo período, questões referentes às regiões de fronteira permaneceram esquecidas nos debates políticos e acadêmicos. Ao contrário do que vem sendo observado na atualidade, em que os fenômenos sociais, políticos, econômicos e culturais passaram a apresentar maior visibilidade nestas regiões.

El fenómeno de la integración regional y la aceleración de los procesos globalizadores que se ha puesto en marcha desde el último cuarto del siglo XX ha recuperado el interés sobre este fenómeno socioespacial ausente del debate y otorgar visibilidad social y política a fenómenos que aparecían como invisibles (GONZÁLEZ, 2005, p. 01).

Desde então, algumas perspectivas de análise vêm conceituando a fronteira não apenas como um limite entre soberanias nacionais que as divide, mas como espaços onde se integram novas regiões, se configuram processos de interação cultural, sendo este conceito um desafio aos enfoques territoriais tradicionais provenientes das relações internacionais e das doutrinas jurídicas (GONZÁLEZ, 2005 apud MORALES, 1997). Na acepção de González (2005, p. 2), “la frontera se concibe como signo visible de la existencia del Estado: el territorio termina en la frontera, donde los poderes del Estado se encuentran monumentalmente inscriptos”.

Concebendo a fronteira como uma área limítrofe de demarcação do território nacional, dentro do qual o Estado exerce sua soberania política, a análise tradicional foca sua perspectiva nas relações internacionais entre Estados, desinteressando-se pelos processos sociais e culturais que se desenvolvem no cotidiano das fronteiras (GONZÁLEZ, 2005).

Enquanto conceito político, a fronteira conforma um espaço com particularidades institucionais e de práticas sociais. Desta forma, os limites nacionais são territórios dinâmicos que constituem unidades epidemiológicas específicas no que se refere aos processos de trocas espacial, demográfica, sócio-econômica e cultural (BARCELLOS, et all, 2001).

Na literatura corrente sobre fronteira são encontrados, não raros, conceitos como faixa e zona de fronteira, linha de fronteira. Neste estudo é relevante a clareza conceitual entre estes conceitos. Enquanto a *faixa de fronteira* é definida legalmente, associada aos limites territoriais

do poder estatal, a *zona de fronteira* aponta para um “espaço de interação, uma paisagem específica, com espaço social transitivo, composto por diferenças oriundas da presença do limite internacional, e por fluxos e interações transfronteiriças, cuja territorialização mais evoluída é a das cidades gêmeas” (MINISTÉRIO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, 2005, p. 21).

Segundo Muller (2003), os conceitos zona de fronteira, faixa de fronteira e linha de fronteira, assinalam uma visão tradicional por não abarcarem os conteúdos ídeo-culturais e políticos dos processos sociais peculiares de região fronteira.

As transformações contemporâneas a nível econômico, político, social e cultural, na perspectiva atual de estudo de fronteiras, têm centrado sua atenção na busca da funcionalidade do limite e na análise da interação entre pessoas, cultura, bens e serviços a ambos os lados da linha que divide estes países.

Desta forma, para analisar questões referentes a uma região, que envolve fronteiras nacionais, é necessário considerar e apreender as diversidades de tal território. “Las fronteras son espacios de condensación de procesos socioculturales [...] unen e separan de modos diversos tanto en términos materiales como simbólicos” (GONZÁLEZ, 2005, p. 6 apud GRIMSON, 2001).

Além de diferenças culturais e de idiomas, têm-se, no cotidiano, interações entre sistemas políticos, monetários, de proteção social, de segurança, entres outros fatores que se intensificam com o processo de integração, gerando ainda mais conflitos e contradições entre as realidades locais, regionais e nacionais (CICCOLELLA, 1994).

Porém, mesmo a fronteira sendo caracterizada como um espaço dinâmico, interativo e permeado de contradições, ao contrário de se tornarem laboratórios para políticas públicas de integração e cooperação, um micro-cosmos das diferenças de expectativas e transações do local, regional e internacional, não se constituem em preocupação governamental. Para a população, esta situação também não se coloca como preocupação, pois constroem uma dinâmica própria, através de redes de solidariedade e interação entre um país e outro, buscando o atendimento de suas necessidades humanas básicas.

Faz parte do universo das pessoas mais pobres uma realidade permeada pela miséria, pelo desemprego, por situações de vida extremamente difíceis. Muitas dessas, não tendo, por diversas vezes, como contar com a eficiência das políticas públicas, contrariam uma realidade já consolidada ao procurar reorganizar suas vidas a sua maneira.

Um olhar mais atento às regiões fronteiriças, no contexto da nova ordem mundial, pode ser apreendido através dos processos de integração regional que vêm ocorrendo em diversos países. A dimensão social da integração e em especial a proteção social à saúde vêm sendo enfatizadas neste processo, sobretudo no plano discursivo, embora os programas nas áreas de fronteira mereçam destaque cada vez maior.

Na década de 1990, o mundo assistiu a um intenso debate em torno da crise do Estado e da necessidade de reformulá-lo. Este modelo de Estado, denominado de keynesiano, foi o responsável pela promoção do desenvolvimento econômico e pela proteção dos direitos sociais. Com o tempo, este modelo mostrou-se esgotado, tanto pelas mudanças decorrentes da globalização da economia, como pelo crescimento excessivo do Estado capturado por interesses particularistas.

Para escapar destes efeitos, a proposição neoliberal preconiza à redução do Estado, substituindo o controle burocrático pelos mecanismos de mercado e por relações contratuais. Os sistemas e serviços de saúde foram particularmente visados nesse processo de mudanças decorrentes de reformas propostas em âmbito internacional.

É importante marcar que o modelo assistencial hegemônico de atendimento à saúde é baseado no paradigma flexneriano ou médico-hospitalar, que se fortalece e se coaduna com a ideologia neoliberal. Esse modelo apresenta uma concepção negativa de saúde, percebida como ausência de doença e restrita aos seus aspectos biológico e orgânico, desconsiderando assim, a totalidade do sujeito (PAIM, 1997; MENDES, 1996).

Salientamos que esse modelo contribuiu para a comercialização da loucura, que se transformou em fonte de lucro para os donos de clínicas especializadas, tornando o tratamento unicamente medicamentoso, fortalecendo ainda mais a indústria farmacêutica e excluindo, assim, os contextos social, econômico e cultural. Entretanto, atualmente, através da concepção ampliada de saúde, articulada às condições de vida por meio da inter-relação entre dimensão biológica, ambiental, econômica e social, vêm sendo construídas algumas propostas de transformação do modelo flexneriano (MENDES, 1996),

Atualmente, os processos de integração regional e formação de mercados comuns vêm assumindo relevância na esfera política e sócio-econômica dos diversos países. Esses processos decorrem das transformações ocorridas a nível mundial, consequência dos processos de ajustes econômicos, incluindo a reestruturação produtiva e as novas formas de apropriação de lucro por parte do capital, associado ao intenso processo de globalização e das reformas impostas pelos

organismos internacionais que atuam sob a égide da ideologia neoliberal. Essas transformações também podem ser sentidas nas políticas sociais que, nas últimas décadas, passaram por profundas reformas.

No caso específico desta investigação, a região a ser estudada integra o Mercosul, criado na década de 1991, mediante a assinatura do Tratado de Assunção, integrando os países da Argentina, Brasil, Paraguai, Uruguai e, gradualmente, foram sendo inseridos países associados como Chile, Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela. Este tratado tem por objetivo a constituição gradual de mercados comuns para a livre circulação de bens, serviços e fatores de produção, com intuito de desenvolvimento regional, em que as relações comerciais são prioridades comuns.

Em certa medida, a constituição do Mercosul segue a onda mundial de movimentos de integração e formação de blocos regionais (SENNES, 2002). Ainda que cada país esteja vivenciando processos internos de reformas, estes se orientam, em geral, para a ordem política econômica internacional (STUART, 2002).

A criação do Mercosul gerou impactos positivos e negativos nas condições de vida da população, principalmente por adotar uma pauta estritamente econômica. Pereira (2000), aponta que os propósitos e princípios norteadores do Mercosul limitam-se a enfatizar apenas o desenvolvimento econômico, não fazendo menção às políticas sociais.

O Bloco se caracteriza como União Aduaneira, pois estabeleceu um sistema de cotas e tarifas comuns nas relações econômicas externas e busca chegar à livre circulação de bens, serviços, pessoas e capitais. A inclusão de questões referentes à política social⁷, em especial à saúde, vem sendo lenta, gradual e vinculada, à circulação de fatores produtivos, isto é, no campo da saúde pública e da vigilância sanitária e epidemiológica (LUCCHESI, 2001).

Para Pereira (2000), a falta de uma política econômica e social equilibrada, poderá transformar os Estados membros em um aglomerado de cidadãos unidos pelo laço da miséria, da desesperança e da marginalização social e política. Essa afirmação é reiterada por Castro Vieira (2001, p. 287), quando afirma que, “o processo de integração do Mercosul ao contemplar basicamente aspectos econômicos e comerciais, ao relegar a um segundo plano as políticas sociais, traz à tona o perigo de ser mais um processo de exclusão social”.

⁷ Silva (2006, p. 82), assinala que o trato das questões sociais no contexto da integração regional, ao longo dos anos 1990, ocorreu no interior do Mercosul Social, criado em 1994, através da proposição de políticas sociais integracionistas de caráter unificado ou complementar. Porém, estas avançaram somente no plano do debate intelectual e institucional.

Há que se destacar e considerar que as políticas sociais no atual estágio do Mercosul encontram-se ainda como um projeto embrionário, muito embora tenham sido criadas, multiplicadas e fortalecidas no interior do sistema das instituições dedicadas a essas discussões (SILVA, 2006. p. 82).

Importante registrar que, referente às políticas sociais, as discussões vêm sendo reduzidas aos direitos laborais e, mais recentemente, a aspectos previdenciários e de saúde. A saúde passou a ser abordada com maior relevância no Mercosul a partir de 1997, com a instalação de dois fóruns específicos: a reunião dos Ministros de Saúde e o Sub Grupo de Trabalho 11-Saúde (SGT 11-Saúde⁸).

As regiões fronteiriças têm vivenciado poucos efeitos incisivos após a criação do Mercosul. Um dos efeitos identificados é a intensificação dos fluxos e intercâmbios de pessoas e de produtos; outro é o aumento da pressão por serviços de saúde. Ambos efeitos resultam das facilidades geradas pelo acordo de integração e pelas diversidades de cobertura dos sistemas de saúde dos países parte (GUIMARÃES, 2005). Esses efeitos geram impactos no cotidiano e na organização política e sócio-econômica dessas regiões que, somadas com o aumento das desigualdades sociais, vêm determinando as condições de vida da população local, o que, supostamente, acaba gerando novas demandas em saúde, e principalmente, em saúde mental.

Por sua vez, vem sendo pouco explorada a questão da oferta de serviços de saúde, assim como da demanda e do acesso a esses. Fato que se estende também às questões referentes à saúde mental que, em termos políticos, não vêm tendo respaldo algum, mesmo se tratando de uma discussão tão importante na contemporaneidade. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (2001), uma em quatro famílias tem pelo menos um membro que sofre atualmente um transtorno mental ou comportamental.

Como já identificado através de algumas investigações, os países do Mercosul têm experiências históricas e modelos distintos de saúde⁹. Fato que também se remete à saúde mental, conforme foi identificado através de estudo realizado no ano de 2002.

³O SGT 11- Saúde tem por finalidade a proteção da saúde, eliminar obstáculos ao comércio regional e relacionados ao domínio de saúde pública. A pauta negociadora mantém o viés da perspectiva comercial, ao incluir o estabelecimento de critérios para a vigilância sanitária e epidemiológica e controle sanitário relacionado aos produtos e serviços de livre comércio.

⁹ Neste sentido ver Simionatto e Nogueira (2004).

Neste estudo, Pelizzaro (p. 214. 2002), identifica que a legislação em saúde mental dos países membros é ainda incipiente, ou até mesmo inexistente. Relata, na época, que, o Brasil possui uma política de saúde mental bastante avançada em relação aos demais países do Mercosul, principalmente em relação ao Paraguai, sendo que a autora informa não ter tido acesso a dados e informações sobre o tema.

Diante do exposto, a fronteira determinada como local da referida investigação, vem sendo definida, por alguns pesquisadores, como laboratório de análise, pois, na mesma, são encontrados todos os fenômenos presentes em uma região fronteiriça.

Localizada no Estado do Paraná, Foz do Iguaçu é conhecida como a região de tríplice fronteira – Argentina, Brasil e Paraguai, e concentra um fluxo intenso de turismo ecológico e de contrabando (BARCELLOS, et al, 2001). Importante porta de entrada para os países sul-americanos, seja para viagens de negócios, lazer ou incentivo. Ocupa uma área de 433,30 Km² e a população ultrapassa 300 mil habitantes. A cidade é conhecida internacionalmente pelas Cataratas do Iguaçu e pela maior Hidrelétrica do mundo - Itaipu.

O Ministério da Integração Nacional considera Foz do Iguaçu como a fronteira que integra o Arco Sul do território nacional. É considerada a região mais importante da tríplice fronteira, com as melhores condições de acessibilidade da fronteira do sudoeste (PEITER, 2005).

O projeto modernista de construção da Usina Hidroelétrica Itaipu – UHI transformou Foz do Iguaçu num pólo receptor de pessoas de todas as regiões, que chegavam à cidade em busca de melhores condições de vida e trabalho.

No Paraguai, Ciudad del Este é a capital do Departamento de Alto Paraná. A principal atividade econômica na cidade é o comércio, que passa, atualmente, por uma profunda crise devido à intensificação das barreiras alfandegárias. Assim como Foz do Iguaçu, a cidade passou a se desenvolver após a construção da Usina de Itaipu, que contribuiu para a rápida urbanização do local.

A população de Ciudad del Este está estimada em 280 mil habitantes. Tem como característica ser formada por imigrantes provenientes de diferentes pontos do mundo, como turcos, brasileiros, peruanos, hindus, árabes, chineses, coreanos e outros.

O crescimento vertiginoso dessa cidade fronteiriça está vinculado, entre outros processos, ao enorme dinamismo que adquiriu seu movimento comercial. Produtos importados dos mais variados lugares passaram a ser oferecidos em um mercado que se transformou em um dos maiores centros comerciais da América Latina.

Essa região, formada por Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, apresenta algumas peculiaridades, como o alto índice de violência, contrabando e narcotráfico, pirataria, lavagem de dinheiro e de artigos roubados e tráfico de armas (RABOSSI, 2004), que somadas aos fenômenos característicos de outras cidades como desemprego, pobreza, exclusão social, parece ter se transformado em um dos espaços que condensa todos os problemas de segurança contemporâneos.

Este índice se deve a questões extremamente complexas que têm repercussão direta nas condições de vida da região, cujo cenário se traduz em um número elevado de homicídios, suicídios, roubos, violências em geral e um alto índice de pessoas com dependência em substâncias psicoativas como o álcool e as drogas. Supostamente, esses fatores vêm a agravar a saúde mental da população que lá vive, pois diariamente convivem com fatores estressantes gerados pelo medo e pela insegurança desta realidade.

Frente a este cenário, qual seria o panorama atual das políticas e dos serviços de saúde mental na fronteira em questão?

Para tanto, estabelecemos como objetivo geral desta investigação na região de fronteira Foz do Iguaçu - Brasil e Ciudad del Este - Paraguai, identificar e caracterizar as políticas e as redes públicas de atenção em saúde mental na região. Para tanto, este objetivo foi desdobrado nos seguintes objetivos específicos: 1) atualizar o conhecimento sobre a legislação de saúde mental no Brasil (BR) e Paraguai (PY) evidenciando a tendência presente nas mesmas; 2) identificar a rede de atenção pública em saúde mental nas cidades de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este; 3) apreender a dinâmica dos serviços de saúde mental das duas cidades fronteiriças; 4) evidenciar como ocorre o acesso aos serviços de saúde mental por estrangeiros nos respectivos países.

Essa inquietação advém do fato desta fronteira ter seu cotidiano caracterizado por uma movimentação das populações que lá residem, ora num sentido, ora no outro. Diante deste cruzamento de circuitos comerciais, a dinâmica social do espaço não segue as divisões marcadas pelo limite internacional.

Os padrões de residência e de trabalho não estão limitados por este limite. Muitos dos comerciantes estrangeiros vivem no lado brasileiro e cruzam a fronteira todos os dias para trabalhar em território paraguaio, assim como a maior parte dos empregados de comércio que são brasileiros e vivem em Foz do Iguaçu (RABOSSI, 2004, p.26).

Nesse sentido, todos os dias esses trabalhadores (*laranjas, paseros* e outros), moradores, comerciantes, vendedores, compradores, acabam naturalizando as inter-relações entre ambos os lados, fazendo com que o limite internacional pareça uma abstração em um espaço urbano contínuo (RABOSSI, 2004).

Entretanto, pode ser identificado outro quadro decorrente dessa dinâmica sócio-comercial. Essas pessoas também acabam buscando melhores ofertas de ações e serviços de saúde que possibilitem uma melhor qualidade de vida, tendo em vista a ocorrência de padrões desiguais de reprodução social (NOGUEIRA, 2005).

Em uma fronteira tão dinâmica, a busca por assistência em saúde é uma realidade, tendo em vista as diferenças na cobertura e nos sistemas de saúde dos países que a compõem. Alguns estudos vêm sendo realizados para identificar a dimensão da demanda espontânea que vem sobrecarregando o SUS nesta área. A sobrecarga na atenção associada ao financiamento do SUS que ocorre em grande parte via *per capita*, interfere no bom funcionamento dos serviços de saúde de Foz do Iguaçu, tendo em vista não haver uma câmara de compensação financeira ou outro mecanismo para ressarcir o uso de serviços públicos pelos estrangeiros.

Citamos o estudo realizado por Nogueira (2005), referente à fronteira entre o Brasil e os demais países do Mercosul durante os anos de 2003 e 2005, que caracterizou o perfil da demanda para as ações e os serviços de saúde e para o atendimento sócio-assistencial correlato, identificando a Tríplice Fronteira como a região que acumula a densidade do trânsito interfronteiras.

Nas fronteiras, as identidades nacionais acabam sendo diluídas, isso leva cada vez mais, na área da saúde, a urgência da realização conjunta de atividades para alcançar e possibilitar o acesso regionalizado e a adequação da provisão às especificidades destas regiões. Mas, todavia, tendo em vista a diferença na estrutura política, e a assistência à saúde ser um campo muito complexo devido à diversidade de organização e de funcionamento dos sistemas nacionais de saúde, potencialmente, estes fatos podem levar ao surgimento de impasses à integração regional e territorial, e a conseqüentes impactos no avanço para o mercado comum (GUIMARÃES, 2005).

Diante do atual cenário, deseja-se contribuir com essa discussão, produzindo conhecimento acerca da temática de saúde mental e, em especial, na região da fronteira por entender que esta, devido a sua complexidade, condiciona as políticas e as redes de atenção.

Em um contexto de integração de blocos econômicos ainda incipiente, como é o caso do Mercosul, não se sabe que caminho tomará a questão dos direitos sociais, em especial o direito à

saúde e a atenção à saúde mental das pessoas que circulam pela fronteira desses espaços sócio-políticos ampliados. Entretanto, conforme denominado no Artigo 4º da Constituição de 1988, “o Brasil buscará a integração econômica, política, social e cultural dos povos da América Latina, visando a formação de uma comunidade latino-americana de nações” (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). A partir dessa perspectiva, as fronteiras geográficas e políticas deveriam “desaparecer” dando lugar a uma maior circulação não só de bens e serviços especializados, mas também de oportunidades e bens culturais para toda a população (SILVA, 2001).

Os debates e estudos referentes à saúde na região da fronteira do Mercosul, ao não incluírem a saúde mental como um tema importante em suas análises, acabam por não adensar um aspecto que vem crescendo demasiadamente, tanto pelos fatores emocionais, como principalmente, pela realidade vivenciada pela população desta região. Realidade que se apresenta em um cotidiano permeado por crises sócio-econômicas, que acentuam ainda mais o fenômeno da pobreza, do desemprego, da exclusão social e da ausência de políticas públicas que dêem conta da realidade local.

A materialização do processo desencadeado pela Reforma Psiquiátrica, tanto na região estudada como nas demais, implica o estabelecimento de um diálogo com a sociedade possibilitando a transformação do valor social desses sujeitos, servindo como ponto de partida para a construção de uma rede de relações e suporte. As dimensões culturais, políticas, econômicas e sociais, desta forma, desempenham função-chave nessa teia complexa (AMARANTE e GULJOR, 2005).

Entendemos que reconhecer como se opera o sistema de proteção à saúde mental para usuários destes municípios, identificando as respostas oferecidas a estas demandas, é um primeiro e importante passo para se pensar esta questão na dinâmica fronteiriça.

Assim, essa proposta de estudo poderá impulsionar a continuidade da linha de investigação anteriormente citada, contribuindo com o debate, visando ampliação dos direitos, da autonomia e da cidadania dos portadores de transtornos mentais, ainda tão inexpressivos também no cenário do Mercosul.

Por fim, espera-se que os resultados obtidos nesta pesquisa possam contribuir para tornar mais transparente o panorama atual das questões da saúde mental na região de fronteira, favorecer decisões políticas e ações conjuntas a serem implementadas pelos governos, e, em

última instância, cooperar com a melhoria do acesso, universal e integral, às ações de saúde mental para a população que lá vive.

É importante observar que, revendo a literatura sobre a questão, foram encontrados registros de estudos abordando a temática pretendida neste trabalho, mas, até este momento, nenhum dirigia-se à região da fronteira. Vale salientar que na busca por materiais bibliográficos e por pesquisas na área, principalmente na Biblioteca Central da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, os estudos encontrados eram, na maioria, realizados pelo Departamento de Pós-graduação em Enfermagem, o que demonstra a carência de publicações por outras áreas e a inexpressiva contribuição teórica do Serviço Social sobre o referido assunto. Por outro lado, estudos investigativos sobre os sistemas de saúde e as concepções do direito à saúde têm evidenciado a importância dessas questões para o Mercosul (SIMIONATTO, 2004).

Estudos nesta linha devem ser direcionados também para a saúde mental, tendo em vista ser a Reforma Psiquiátrica um movimento internacional que vem se constituindo a favor da efetivação dos direitos dos portadores de transtornos mentais.

Assim, os resultados da pesquisa foram sistematizados em quatro capítulos, mais as considerações finais. No primeiro capítulo, resgatamos as diversas experiências de reformas na área de psiquiatria desencadeadas ao longo da história e que por não terem obtido êxito, foram sendo gradativamente superadas, pois se dedicavam exclusivamente a transformar o modelo assistencial sem aprofundar questões referentes à estrutura institucional, ao saber psiquiátrico e a forma de cuidado. Enfatizamos a experiência que vem sendo denominada de desinstitucionalização, tendo em vista sua abordagem crítica, tanto epistemológica quanto política, da psiquiatria.

No segundo capítulo, apresenta o debate sobre a complexidade das relações presentes na dinâmica social que influenciam os estados de saúde e de doença das populações, reafirmando a importância, na atualidade, da discussão acerca dos determinantes sociais de saúde. Entendendo a saúde como produto social, determinada pelas condições de vida. Chamamos atenção para o contexto da saúde mental em uma região tão dinâmica e peculiar como a fronteira, sendo identificada pela complexidade em que os diversos fenômenos se manifestam.

O terceiro capítulo estaremos expondo a opção metodológica que permitiu trabalhar com os significados, motivos e valores presentes no espaço fronteiriço, articulando a dinâmica societária e correlacionando à processos e fenômenos de saúde mental. Posteriormente, explicita de forma breve a trajetória histórica da assistência em saúde mental no Brasil e no Paraguai,

assinalando, quando identificadas, as transformações desencadeadas neste setor, em ambos países. Resgatou-se, ainda, as formulações legais como Constituição, lei, portaria, para que assim pudéssemos apreender a concepção de cuidado que estes países vêm assumindo.

No quarto capítulo, caracterizamos os serviços públicos de saúde que compõem a rede de atenção em saúde mental nos municípios de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este, para assim, apreendermos a dinâmica dos serviços e as respostas oferecidas a população que demanda cuidados em saúde mental. Além de caracterizar as redes de atenção destes países, trabalhamos a percepção desta rede pelos profissionais e responsáveis por esta área, através das falas dos mesmos.

Por fim, nas considerações finais, sintetizamos o panorama atual da saúde mental na região estudada, apontando algumas proposições no trato com a mesma.

1. REFORMA PSIQUIÁTRICA

Presencia-se na atualidade, em diversos países, um processo de transformação no campo da saúde mental e da assistência ao portador de transtorno mental, apreendidas como Reformas Psiquiátricas. Entretanto, ao longo dos anos foram muitas as tentativas em torno de uma mudança, até se chegar à experiência atual. Esta experiência denominada de desinstitucionalização inspira-se na trajetória italiana, que tem como mentores, Franco Basaglia e Franco Rotelli, e vem servindo de base para muitos países.

Suas idéias e experiências semearam inquietações e propiciaram reflexões que embasaram algumas experiências inovadoras, principalmente por sua abordagem crítica, tanto epistemológica quanto política, da própria psiquiatria. Para Basaglia, a questão a ser enfrentada não estava na modernização das técnicas, conceitos e instituições da psiquiatria, mas sim no seu questionamento e desconstrução.

Desta forma, propôs a desconstrução do saber/poder da estrutura institucional psiquiátrica e reconstrução da prática em saúde mental, entendendo a abordagem psiquiátrica como parte do todo que constitui a saúde mental de forma interdisciplinar, pois possibilita ampliar o diálogo através de diferentes saberes.

A concepção de Reforma Psiquiátrica, na tradição basagliana, é apreendida como um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura que abarca não apenas o modelo de cuidado, mas também suas noções sobre a condição social desse sujeito em sofrimento (AMARANTE, 2005).

Nesta construção de novos saberes e práticas em saúde mental, destacamos a discussão acerca da cidadania como um forte sustentáculo da Reforma Psiquiátrica, devido a sua dimensão coletiva, política, ética e social, que permite o enfoque sobre o portador de transtorno mental como sujeito social portador de direitos.

Neste sentido, na concepção da desinstitucionalização, desconstruir todo o processo histórico psiquiátrico implica não apenas a criação de novas unidades assistenciais, mas, ampliar as intervenções visando efetivar uma ruptura com valores que há duzentos anos justificam as práticas segregadoras de uma cultura psiquiátrica centrada no manicômio.

No decorrer deste texto, apresentaremos as diversas experiências de reformas psiquiátricas que não obtiveram êxito e foram sendo gradativamente superadas, por terem se dedicado exclusivamente a transformar o modelo assistencial sem aprofundar questões referentes à estrutura institucional, o saber psiquiátrico e sua relação com a loucura.

Entende-se desta forma, que pensar a desinstitucionalização implica em conhecer a trajetória da assistência psiquiátrica, que ao longo dos anos veio sendo determinada por uma construção histórica de exclusão.

1.1 PARADIGMA PSIQUIÁTRICO E A INSTITUIÇÃO ASILAR

A definição de loucura em termos de ‘doença’ é recente na história da civilização ocidental. O texto *Historia da Loucura*, escrito por M. Foucault (1999), fundamenta essa afirmação revelando as verdadeiras dimensões daquilo que acreditamos ser uma realidade incontestável, isto é, a loucura como fato médico. Isto significa que foi em determinado momento histórico que a ‘doença mental’ passou a existir como máscara da loucura.

Assim como ocorreu com a medicina, sua disciplina mãe, a psiquiatria nasce a partir das reformas das instituições sociais em espaço de ‘cura’, decorrentes do período da Revolução Francesa do século XVIII. Neste período, emerge a concepção moderna de democracia pautada na figura do cidadão, indivíduo dotado de subjetividade fundada na razão universal. Esta razão o eleva à condição de sujeito apto a gerir sua vontade e responder por seus atos. “As condutas devem, de agora em diante, pautar-se em normas racionais” (SPRICIGO, 2001).

O nascimento da psiquiatria configurou-se para Amarante (1996, p. 33) enquanto um “conjunto de saberes e práticas sobre o objeto construído doença mental”. Até então, a loucura não tinha uma especificidade própria, era diluída e associada a um grupo homogêneo de tipos morais, invalidados e excluídos socialmente, que encontravam-se, internados nas casas de correção e nos Hospitais Gerais.

A possibilidade da loucura se tornar objeto do discurso científico estava relacionada a um contexto progressivamente marcado no “Ocidente pela demanda de um novo homem, que será regulado nas suas ações e pretensões por uma nova Moral que se inscreve nos códigos jurídicos,

nas regras institucionais, no surgimento das novas instituições, no discurso científico e filosófico” (BIRMAN, 1978, p.11).

A ascensão da razão como matriz do pensamento iluminista, emerge como um pensamento dominante, como uma medida universal e, tornando-se absoluta, o diferente não tem mais espaço. Sob o poder dessa nova lógica racionalista são criadas medidas de exclusão para qualquer forma de pensamento ou manifestação contrária ao *status quo*. Essas medidas se deram através das instituições, as quais Goffman (1990) denomina de “instituições totais”, entendidas como uma organização que atua com uma estrutura de poder e funciona com restrições às trocas sociais, possui um sistema rigoroso de normas formais explícitas e um conjunto de pessoas que aderem a este sistema permitindo uma rotina cotidiana pré-estabelecida imposta por uma hierarquia profissional, distante do usuário, no qual as necessidades humanas e de trabalho são essencialmente manipuladas pela burocracia .

A psiquiatria instituiu-se sob o pano de fundo de uma nova sociedade contratual. Nessa sociedade, “o louco é uma nódoa. Insensato, ele não é sujeito de direito; irresponsável, não deve ser objeto de sanções; incapaz de trabalhar ou servir, não entra no circuito regulado das trocas” (CASTEL, 1978).

A partir do século XVIII deu-se ‘o grande confinamento’, ou seja, a institucionalização da loucura. Os novos valores, ligados à mentalidade da era moderna, são fundamentados através do trabalho e do dinheiro. Consolidam-se as idéias capitalistas e com estas o conceito de lucro e a idéia de que só o trabalho produz riquezas. Desta forma, os loucos agora não são mais ‘possuídos’, mas ‘improdutivos’ e ‘vagabundos’, portanto, uma ameaça social e um problema moral. Diante disto a responsabilidade sobre a loucura deixa de ser da coletividade caridosa e passa as mãos dos médicos (FOUCAULT, 1979).

Essa fase está relacionada com o momento de transformação social provocada pelo surgimento do mercantilismo e a industrialização e o conseqüente processo de exclusão-inclusão do mercado de trabalho, a partir do qual, os loucos ganhariam visibilidade. A exclusão dos loucos seria respaldada pela sua inabilidade: não encontrariam lugar na ordem racional da sociedade, por não se inserirem na sua ordem produtiva, por não serem capazes de produzir a partir da lógica existente (PEREIRA, 2004).

A relação entre doença e improdutividade vai se mostrando como fundamental para o delineamento do lugar que o louco e a loucura ocuparam nas sociedades industrializadas, refletindo as estratégias de inclusão *versus* exclusão do mundo produtivo. Desta forma, a

desrazão deveria encontrar seu espaço em um lugar especialmente produzido para ela, respaldado pela ciência: o manicômio (PEREIRA, 2004).

Nesta transferência de responsabilidade passa a gerir a hegemonia do discurso médico, representado pela Psiquiatria, que se pretendia biológica, introduzindo uma das noções fundamentais para o processo de apropriação da loucura como seu objeto: a noção de doença mental (PORTOCARRERO, 1990).

A medicina passa a criar condições para a medicalização e a retirada dos loucos da sociedade, produzindo efeitos de tutela. A justificativa para o internamento, como dever de assistência e como medida de segurança social contra o perigo que os ‘loucos’ representam é construída em cima da idéia que a reclusão proporcionará cura ao mentalmente enfermos (Spricigo, 2001, p. 22-23), observa-se neste momento a inclusão da periculosidade social deste sujeito.

O hospital psiquiátrico, enquanto instituição total, funciona como uma rede de instituições que se defronta com pessoas que apresentam geralmente algum ‘distúrbio social’. Exerce duas funções principais dentro do sistema social: a de punição e a de controle social do comportamento desviante. A função terapêutica do hospital aparece praticamente superposta por estas duas dominantes, expressando um destino social de características excludentes.

Este discurso circunscreve toda a problemática moderna da loucura e os elementos que constituem até os dias atuais, os fundamentos da assistência ao portador de transtorno mental.

Ao atribuir ao louco uma identidade marginal e doente, a medicina torna a loucura ao mesmo tempo visível e invisível. Criam-se condições para a medicalização e a retirada dos loucos da sociedade, com encarceramento em instituições médicas, produzindo efeitos de tutela e afirmando a necessidade de exclusão deste para a gestão de sua periculosidade social. (...) a justificativa para o internamento, como dever de assistência e como medida de segurança é construída em cima da idéia que a reclusão proporcionará a cura aos mentalmente enfermos (SPRICIGO, 2001, p. 22).

Na captura da verdade pela razão e pela emergência de uma nova ordem social, política e econômica, é que a loucura e as instituições sociais foram absorvidas pela ciência, obtendo outro destino.

Assim, na *Historia da Loucura*, Foucault (1999) afirma que a construção do pensamento moderno acaba excluindo a loucura, nesse novo projeto, onde a liberdade é reivindicada como direito comum a todos os homens. “O louco deveria ser submetido ao ‘sequestro’ asilar, com

finalidades terapêuticas, para que, pelo processo de desalienação pudesse recuperar a sua condição de sujeito do contrato social” (BIRMAN, 1992, p. 75).

Neste sentido, por ser considerado não apto a exercer o contrato, nem se colocar como cidadão de direitos e deveres, além de perigoso e incapaz para o trabalho, o louco deveria ser isolado e tutelado em um espaço próprio para isso. Assim, foi excluído do corpo social determinado pela reorganização econômica e social burguesa.

Nesse período, o serviço especializado se dava através da hospitalização integral de longa duração (PORTOCARRERO, 1990). Esse serviço, de acordo com Amarante (2001), recebeu várias formas como: o manicômio pineliano em meados do século XIX, o manicômio colônia no final do mesmo século. Este último foi uma tentativa de asilamento em sistema de *open-doors*, permitindo maior circulação interna aos internandos.

Entretanto, desde seu nascimento a psiquiatria se vê em dificuldades para se enquadrar nos parâmetros científicos, uma vez que carece de positividade para definir a natureza da doença mental. Paradoxalmente, se tornou autoritária, rechaçando qualquer saber que lhe fosse externo e não fosse pautado por seus fundamentos. Até a II Guerra Mundial, a psiquiatria foi se tornando cada vez mais organicista, continuando com o asilo ou manicômio como local de sua produção.

Campos (2000), recorda que neste período foram muitos os métodos utilizados para ‘aliviar’ os doentes mentais. Experimentos com humanos, duchas, cadeiras rotatórias, lobotomias, camisas-de-força, celas fortes e eletrochoques.

(...) durante a guerra, com a tentativa de domínio nazista, é que a humanidade fez um verdadeiro pacto contra a opressão aos direitos do indivíduo, pela importância das relações coletivas de solidariedade e pela aceitação das diferenças (...) esta nova situação fez com que a psiquiatria, usada para a classificação dos indivíduos aptos a vida em sociedade e que, como “ciência” reconhecida, utilizava métodos opressivos aos direitos individuais em nome de um “tratamento médico”, fosse questionada. E já durante a II guerra, algumas experiências de tratamento do doente mental haviam sido realizadas nos hospícios, utilizados como campo de concentração para prisioneiros políticos (CAMPOS, 2000, p. 32).

Foi no pós-guerra que esse modelo passou por críticas severas, dando início a uma série de tentativas reformistas, que contribuíram para o desenvolvimento da política atual no campo da saúde mental.

1. 2 PSQUIATRIA REFORMADA

Os movimentos reformistas se disseminaram por toda a Europa e os Estados Unidos no pós-guerra, refletindo, também, em outros países como, por exemplo, Brasil. Esses movimentos tiveram como foco uma posição crítica à função da instituição asilar, sem, no entanto, questionar o saber psiquiátrico e sua relação com a loucura. Todavia, essas experiências tiveram sua validade ao propiciar o processo de transformação pela o qual o campo da saúde mental vem passando nos últimos anos.

Uma tensão permanente sempre esteve presente na psiquiatria, pois seu discurso de cura nunca correspondeu aos resultados obtidos durante os anos de sua existência. Ao contrário, sua existência sempre foi questionada devido as suas práticas, ao poder excessivo de seu saber e a existência do manicômio como espaço de mortificação¹⁰.

A psiquiatria moderna demonstrou que a anátomo-patologia falhou ao não conseguir encontrar uma resposta orgânica à loucura e na tentativa de suprir o tratamento moral de sua prática. Ao se deparar diante de uma crise, tanto teórica quanto prática, muda radicalmente seu objeto de ‘doença mental’ para ‘promoção da saúde mental’, aspirando uma inovação através da constituição de várias experiências reformistas pelo mundo.

O discurso da saúde mental prevaleceu, no século XX até a década de 1980, instituído como um discurso reformista, propondo substituir o discurso manicomial e concretizar, efetivamente, a cientificidade e a humanização do tratamento no gerenciamento da loucura (PORTOCARRERO, 1990).

Ainda de acordo com este autor, a noção de doença mental permaneceu no discurso científico, entretanto, passou a ser definida não apenas do ponto de vista somático ou moral, mas também em uma perspectiva multicausal denominada de biopsíquico-social, que se pretendia representativa da totalidade da pessoa.

Segundo Birman e Costa (1994, p. 42), a crise, teórica e prática, vivenciada pela psiquiatria atual, veio se desenvolvendo desde o início do século XX e se aprofundou a partir da Segunda Guerra Mundial, pois, é nesse período

¹⁰ O termo mortificação foi utilizado por Goffman (1996, p. 24). A expressão correta seria ‘mortificação do eu’, se referindo às diversas formas de rebaixamento, de degradações, humilhações profanações do eu sofrida pelo internado.

que se fundem numa unidade as preocupações dos psiquiatras quanto à sua impotência terapêutica e as preocupações governamentais geradas pelos altos índices de cronicidade das doenças mentais, com sua inconsequente incapacidade social (BIRMAN e COSTA, 1994, p.44).

Para Pereira (2004 apud Basaglia), o primeiro momento de revisão normativa da psiquiatria neste período, foi quando a transformação da organização produtiva fez necessária a recuperação das populações consideradas não hábeis, e a estrutura manicomial era questionada enquanto prática e ideologia. “O automatismo da sanção – diagnóstico da doença corresponde ao prognóstico de cronicidade – e a irreversibilidade do tratamento foram os pontos de atrito entre o manicômio e a organização produtiva” (BASAGLIA, 1985, p.453).

Durante a Segunda Guerra, houve uma profunda crise sócio-econômica e política. Esta crise ocorreu principalmente no continente europeu, que se deparou com o aumento no custo de vida e com alto índice de mortalidade provocados pela fome, frio e outras privações. “Só na França registrou-se a morte de quarenta mil doentes mentais, todos internados em asilos, pela má alimentação e maus cuidados” (BIRMAN e COSTA, 1994, p. 45).

Em meio à guerra, a Inglaterra firma o Plano Beveridge, sendo este um marco simbólico às atuais políticas de bem estar social (Welfare State). A partir de então, o Estado passa a gerenciar as trocas econômicas e sociais, ampliando sua esfera de atuação que até então, estava focada na esfera política e militar. O Estado passou a agregar um conjunto de serviços públicos, inclusive o direito à saúde. “Daí surge o postulado pretensamente universal, de que todos os homens têm o direito de gozar de boa saúde como um bem básico, e que este produto tem que ser possibilitado pelo Estado” (BIRMAN e COSTA, 1994, p.45).

Neste cenário, as condições em que se encontravam as pessoas no espaço asilar não poderiam mais ser aceitas. Considerado o agente cronificador e produtor da enfermidade, o hospital psiquiátrico passa a ser alvo de críticas e lugar de formulação de várias experiências no campo da psiquiatria.

O novo contexto social e histórico surgido no pós-guerra faz com que a psiquiatria elabore uma nova abordagem para a questão da loucura que pudesse responder às novas exigências do mundo produtivo e das normas sociais.

O foco de intervenção passava a ser o próprio manicômio, tanto as regras que estruturavam sua rigidez interna, quanto os dispositivos que regulamentavam as trocas com a vida social. A ineficácia da custódia como único sistema de tratamento e a extensão generalizada

da sanção jurídica assumiram o centro da discussão. Outras possibilidades para o tratamento psiquiátrico foram apontadas nas experiências do pós-guerra, e o asilo começava a ser redefinido.

Estas experiências são organizadas por Birman e Costa (1994) em dois movimentos. De acordo com estes autores podem ser citadas as reformas restritas ao espaço asilar, nos anos 1950 e 1960, sendo elas: a comunidade terapêutica (Inglaterra) e a psiquiatria institucional (França). O segundo movimento de reformas, inseriu a comunidade como ponto central para o tratamento, nas décadas de 1940 e 1960, ficando conhecidas como: psiquiatria de setor (França) e a psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA).

Estes autores assinalam, que a diferença entre estes dois movimentos pode ser entendida de maneira superficial. Afirmam que a estrutura da psiquiatria institucional é a mesma da psiquiatria comunitária, uma vez que, ambas objetivam a promoção da saúde mental, entendida enquanto processo de adaptação social. Nesta perspectiva operam-se transformações que podem ser identificadas através da mudança de foco, ou seja, da terapia das enfermidades para a promoção da saúde mental, da abordagem individual para coletiva e de um olhar assistencial volta-se para prevenção.

Para Rotelli (2001, p.19), a ‘psiquiatria reformada’ pode ser entendida como as diversas tentativas dos movimentos reformistas da psiquiatria, “de renovar a capacidade terapêutica da psiquiatria, liberando-a de suas funções arcaicas de controle social, coação e segregação”.

Estas transformações, no seu decorrer histórico, abriram precedentes para a construção de um novo projeto social com políticas e ideologias importantes para o atual momento da assistência psiquiátrica. Foi através da experiência da psiquiatria preventiva que houve uma mudança no objeto da psiquiatria, isto é, de doença mental passou-se à saúde mental, objetivando o equilíbrio, a adaptação e ajustamento do indivíduo na sociedade.

Apesar das tentativas destes dois movimentos em reformar as práticas assistências e, ainda que o discurso científico e político tenham proposto serviços especializados de hospitalização parcial, o serviço hospitalocêntrico permaneceu hegemônico (Portocarrero, 1990), e trazia consigo conseqüências e desafios para os novos serviços propostos, como a cronificação institucional do paciente.

Os serviços especializados continuaram característicos do discurso manicomial, quase que exclusivamente o encarceramento, desempenhando a função de exclusão e de tutela social da loucura. As modificações introduzidas com o discurso da saúde mental foram suficientemente estratégicas para manter a

psiquiatria no cenário social, mas rasas para uma real transformação no processo de gerenciamento científico da loucura (VECHI, 2004, p. 07).

Desse modo, sob a égide deste discurso,

Apresenta-se a partir de novas justificativas científicas, (...) uma prática assistencial que permanece essencialmente a mesma, asilar, tutelar e custodial, mas que já não se sustenta sem uma mudança em seu discurso e, até certo ponto, de sua ação, na medida em que é deflagrado o seu comprometimento com uma função iatrogênica e cronificadora (PORTOCARRERO, 1990, p. 190).

Em seu livro *Loucos pela Vida*, Amarante (2001) cita um terceiro movimento de reforma não trabalhado por Birman & Costa (1994). Este terceiro movimento é apreendido pelo autor como: a antipsiquiatria inglesa e a psiquiatria democrática italiana. Estas não se configurariam somente em torno de uma reforma técnico-assistencial, mas, por operarem rupturas com a psiquiatria e seu saber sobre a loucura, buscando através de um olhar crítico, desconstruir o aparato psiquiátrico, entendido “como o conjunto de relações entre instituições/práticas/saberes que se legitimam como científicos, a partir da delimitação de objetos e conceitos aprisionadores e redutores da complexidade dos fenômenos” (AMARANTE, 2001, p. 22).

Estas duas experiências foram vivenciadas a partir da década de 1960 e 1970. São colocadas à parte do movimento reformista, uma vez que fazem rupturas com o pensamento reformador do asilo ou das práticas terapêuticas (RIETRA, 1999, p. 40).

Neste momento é que realmente questiona-se o saber psiquiátrico e seu objeto em torno do conceito da doença mental. Para Amarante e Giovanella (1994, p. 61), o projeto italiano apresenta-se como o mais inovador no campo da saúde mental, pois diz respeito a um “projeto de desconstrução/invenção no campo do conhecimento, das tecnociências, das ideologias e da função dos técnicos e intelectuais”, ao desconstruir o manicômio e construir centros de saúde mental territorializados que atendam a demanda da população e se mostram inteiramente substitutivos do manicômio, das suas práticas e de sua cultura.

1.3 UM NOVO PARADIGMA: DESINSTITUCIONALIZAÇÃO

O conceito de desinstitucionalização tem sido usado a partir da psiquiatria italiana de tradição basagliana como referência à idéia de ‘desconstrução’ de saberes, práticas e cultura, permitindo a transformação e reinvenção desses territórios em relação à loucura.

Entretanto, esse termo, nasceu originalmente nos EUA, como sinônimo de desospitalização. Apesar de surgir a partir da experiência americana evoluiu, e se transformou através da prática italiana, referenciando políticas de diversos países, inclusive o Brasil.

É importante salientar que a Reforma Psiquiátrica embasada pela perspectiva da desinstitucionalização distinguem-se, em duas principais orientações políticas contraditórias (Barros, 1994; Rotelli, 1992). De um lado a desospitalização, com características neoliberais e mais voltadas à diminuição das despesas públicas. De outro, a desinstitucionalização, como desconstrução da rede de instituições totais em saúde mental que se refere mais às políticas públicas solidárias e de não abandono ao usuário, como aprofundaremos a seguir.

1.3.1 Desinstitucionalização: experiência americana

Com a configuração do “Estado do Bem Estar”, a partir da Segunda Guerra Mundial, o Estado se tornou o principal planejador e gestor dos processos sociais, responsabilizando-se pelo direito à saúde entendido como um direito social. O modelo estritamente curativo da medicina é criticado e substituído por uma nova concepção de saúde (RIETRA, 1999, p. 42).

No campo da psiquiatria, o modelo americano de Psiquiatria Preventiva foi o principal articulador das políticas de saúde mental, por meio da criação da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), na década de 1970, o que permitiu orientar e definir as políticas de saúde mental a serem seguidas pelo terceiro mundo.

Foi nesse contexto de reorientação dos programas de políticas sociais, que a noção de desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos, na década de 60, a partir dos governos Kennedy e Johnson, referindo-se aos processos de ‘alta’ e de reinserção de pacientes na comunidade (AMARANTE e GULJOR, 2005).

Segundo Amarante (2001, p. 39), o preventivismo americano deu um novo fôlego ao projeto de medicalização da ordem social, embora em alguns aspectos, diferenciava-se da psiquiatria tradicional ao instituir a saúde mental como novo objeto, a prevenção da doença mental como objetivo, a coletividade como novo sujeito de tratamento, as equipes comunitárias como novo agente profissional, a comunidade como novo espaço de tratamento e a unidade bio-psicossocial como nova concepção de personalidade.

Entretanto, essa formulação de desinstitucionalização, manteve como inspiração o paradigma psiquiátrico tradicional e seus princípios, que segundo Amarante (1996) tinham como pressuposto a reforma ‘correta’ do saber, das técnicas e da administração do sistema psiquiátrico.

A reforma americana priorizava medidas de saneamento e racionalização de recursos, o que levou a criação de estruturas extra-hospitalares na comunidade de caráter intermediário. Estas novas estruturas deveriam assistir os pacientes egressos dos hospitais psiquiátricos, tendo em vista que o aumento de altas hospitalares possibilitava a diminuição de leitos e a economia de gastos. Por outro lado, transferiam-se pacientes para essas estruturas assistenciais de pequeno porte, de caráter intermediário e com base preventiva e comunitária, produzindo o que Barros (1994), denominou de ‘rede difusa de instituições’.

Essa política, através da organização estrutural de seus serviços de saúde mental, culminou no abandono da população internada na periferia das grandes cidades, projetando-as definitivamente no circuito da miséria. Outra consequência foi “a transinstitucionalização (passagem para casa de repouso, albergues para anciãos, crônicos ‘não psiquiátricos’, etc.) e novas formas (mais obscuras) de internação” (ROTELLI, 2001b, p.21).

A partir dessa perspectiva apreende-se que o serviço de caráter intermediário, ao se colocar ora entre o hospital e a comunidade, ora como um momento provisório que objetiva a readaptação social, não enfrentava de forma crítica a existência do hospital psiquiátrico e seus meios de exclusão.

Existindo paralelamente ao hospital psiquiátrico, ou à espera de sua obsolescência pela criação de serviços intermediários, produziu um efeito rebote, que para Amarante (1996) propiciou a ampliação do território psiquiátrico, criando novos serviços, especialidades e técnicas voltadas para a cura e a reabilitação de habilidades perdidas, servindo, no entanto, como obstáculo para transformações mais substanciais.

O que se verificou, efetivamente nessa experiência, foi “mais hospitalizações, mais custos para os cofres públicos, mais altas sem acompanhamentos dos egressos, mais abandono” (AMARANTE e GULJOR, 2005, p. 67).

Os novos dispositivos de tratamento psiquiátrico trazidos pelas experiências do pós-guerra não viriam substituir o manicômio, mas sim compor uma rede de serviços na qual manicômio mantinha o seu lugar, não mais único, mas ainda fundamental.

Nesse sentido, a desinstitucionalização como desospitalização, foi para Rotelli (2001b, p. 19) praticada sob dois aspectos negativos:

O primeiro refere-se a intenção de liberar a psiquiatria (e o seu objeto) da coação e da cronicidade que esta produzia para restituir-lhe o estatuto terapêutico que resultou na construção de um sistema complexo de prestações que, reproduzindo e multiplicando a lógica somente negativa da desospitalização selecionam, decompõem, não se responsabilizam, abandonam. O segundo ponto negativo, um sinal complementar desta falência está no fato de que esta forma de desinstitucionalização não alcançou o objetivo de superar a necessidade da coação e, portanto, dos locais de internação. Eles permanecem e se confirmam como um elemento necessário ao funcionamento do sistema como um todo.

Assim, a psiquiatria, nascida das ‘reformas’, foi observada por Rotelli (et. al. 2001) pela conclusão de um balanço negativo, à medida que faliu em seus objetivos de superar a cronicidade e a sua função de ‘coação’ e segregação. Os efeitos dessa prática de desinstitucionalização como desospitalização nos sistemas de saúde mental são identificados por Rotelli (2001b, p. 22-23) a partir da prevalência de alguns traços, tais como:

1. A internação psiquiátrica em hospital psiquiátrico continua a existir; 2. Os serviços territoriais convivem com a internação psiquiátrica e não a substituem nos hospitais; 3. O sistema de saúde mental passa a funcionar como um circuito, onde os serviços da comunidade existem de forma complementar às outras estruturas de internação, alimentando-se reciprocamente uma da outra. “Na psiquiatria reformada a “estática” da segregação em uma instituição separada e total foi substituída pela “dinâmica” da circulação entre serviços especializados e prestações pontuais e fragmentadas”.

Portanto, a rede de serviços intermediários, a partir dessa noção de desinstitucionalização, propiciou a reprodução da lógica de segregação fora do espaço asilar, fazendo surgir nesse ‘circuito’ os ‘novos crônicos’. A forma seletiva e fragmentada com que esses serviços operam, os

inscreve na lógica da não responsabilização e do abandono pelo Estado, priorizando o caráter técnico-organizacional das instituições e deixando de lado as discussões sobre seu aspecto político-ideológico (RIETRA, 1999, p. 45).

Nesse sentido Rietra (2002, p. 31 apud Koda, 1999) adverte para que estejamos atentos ao uso de determinados termos como ‘promoção da saúde mental’, ‘reinserção social’ das pessoas acometidas por transtornos mentais, ‘atenção integral’ à saúde, o ‘biopsicossocial’ tão freqüentemente usados em propostas substitutivas como meios falseados de seguirmos reproduzindo velhos modelos.

Desta forma, a psiquiatria preventiva tornou-se referencial forte para as políticas de saúde mental em vários locais, com base em um discurso que visava à prevenção e a cura de doenças ou mal-estares na sociedade.

1.3.2 Desinstitucionalização: experiência italiana

Diferentemente da desinstitucionalização pela desospitalização, a experiência italiana seguiu outra trajetória. Assume o que Rotelli (et. al, 2001) chamam de ‘desinstitucionalização, uma outra via’. Assumida enquanto desconstrução, a desinstitucionalização operada pelos autores se caracteriza por constituir um “percurso complexo de ‘desconstrução’ a partir do interior da instituição psiquiátrica e por ser ao mesmo tempo prático e teórico, é que insere transformações no campo do saber e das instituições” (AMARANTE, 1996, p. 24).

Essa nova significação a respeito da desinstitucionalização como desconstrução tem sua trajetória teórico-prática, desenvolvida pelo psiquiatra italiano Franco Basaglia (1924-1980) que demonstrou forte poder de mobilização social, política e cultural, valorizando os direitos de cidadania do doente mental e oferecendo-lhes soluções alternativas de tratamento na comunidade (ROTELLI, 1992). O desenvolvimento do processo teórico-prático de desinstitucionalização proposto por Basaglia pode ser compreendido em duas etapas: a primeira é marcada pela experiência de Gorizia e a segunda pela de Trieste, na Itália.

Em Gorizia, a transformação no interior do hospital psiquiátrico, possibilitou o início do desenvolvimento de uma crítica ao manicômio, apostando na construção de um projeto de transformação que vai além da simples reforma institucional e técnica. Porém, será em Trieste

que o projeto de desinstitucionalização será efetivado com a progressiva desconstrução do manicômio e a constituição dos serviços territoriais substitutivos, tornando-se referência para todo o mundo (RIETRA, 1999, p. 46).

Assim, para Rotelli (2001), a inovação dos psiquiatras italianos no processo de desinstitucionalização consiste na hipótese de que,

o mal obscuro da psiquiatria está em haver separado um objeto fictício, a ‘doença’, da existência global complexa e concreta dos pacientes e do corpo social. Sobre esta separação artificial se construiu um conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos (precisamente a instituição), todos referidos à doença. É este conjunto que é preciso desmontar (desinstitucionalizar) para retomar o contato com aquela existência dos pacientes, enquanto ‘existência’ doente (ROTELLI, 2001b, p.27).

As experiências acima citadas são fundamentais para que possa entender o processo que vem sendo vivenciado na área de saúde mental na atualidade. Pois, foram a partir destas experiências que foram sendo desencadeados e disseminados em diversos países, o desmonte do modelo hospitalocêntrico, cada qual, entretanto, circunscritos numa realidade histórica que as torna singulares.

Amarante e Guljor (2005), assinala que para se pensar a desinstitucionalização se torna necessário abandonar alguns conceitos e práticas que não estão circunscritos à psiquiatria em si, “mas imbricados numa relação dialética entre o conceito e seus ‘duplos’, cuja consequência é uma construção histórica, socialmente determinada, do lugar do louco na sociedade”.

Desta forma, a contribuição de Basaglia no percurso da desinstitucionalização se deu pela organização de um corpo teórico e um conjunto de estratégias para lidar com a psiquiatria, o que possibilitou a consequente abertura de um novo contexto prático discursivo sobre a loucura e o sofrimento humano.

A questão da desconstrução, é reportada para esse campo, possibilitando uma transformação teórico-prática que configurou-se na psiquiatria democrática italiana.

Rietra (1999, apud Spink 2000), aborda a noção de desconstrução¹¹, fazendo referência à possibilidade de “desfamiliarização” de noções que foram naturalizadas por outros saberes,

¹¹ SPINK, Mary Jane (Org). Práticas Discursivas e Produção de Sentidos no Cotidiano. Aproximações Teóricas e Metodológicas. 2 ed. SP: Cortez, 2000.

pensando a questão tanto do sujeito quanto do objeto como construções sócio-históricas que precisam ser problematizadas. Nesse sentido, chama a atenção para

a necessidade de trabalhar assumindo uma posição de estranhamento frente a conceitos 'dados', que justamente por serem apreendidos de forma naturalizada se transformaram em crenças e tornaram-se obstáculos para a construção de outros saberes. Portanto, seria um exercício de desfamiliarização, o mesmo que desconstruir axiomas, desvelando o poder das ideologias científicas, que por meio de seus técnicos sustentam, tutelam e mantêm toda nossa estrutura social (RIETRA, 1999, p. 47-48).

A estratégia da desinstitucionalização contribuiu amplamente para modificar e abrir para o debate questões sobre o discurso e a prática psiquiátrica sobre a loucura e o sofrimento humano, criando estratégias importantes para o campo do conhecimento. Um exemplo importante nesse sentido foi o princípio de colocar a 'doença mental entre parênteses', proposto por Basaglia, o que permitiu inaugurar um procedimento epistemológico em relação ao saber psiquiátrico, recusando aceitar a positividade desse saber para explicar e compreender a loucura e o sofrimento humano encoberto pela concepção de doença (RIETRA, 1999, p. 48).

É nesse sentido que Basaglia inverte esse princípio, colocando a doença entre parênteses, pela suspensão de seu conceito, para tornar possível ocupar-se do sujeito em sua experiência. Passou-se a denunciar, portanto, o aparato que se construiu a partir dessa noção de doença mental, que considera o louco ao lado do erro, da incapacidade, da periculosidade e da irresponsabilidade, o que o impede, portanto, de exercer sua cidadania plena e que o leva, necessariamente, a ser tutelado e isolado em um espaço próprio: o manicômio.

Essa atitude epistemológica de colocar a doença entre parênteses não significa a negação da doença no sentido de não reconhecimento de uma determinada experiência de sofrimento ou diversidade. (...) Significa, isso sim, a recusa à explicação oferecida pela psiquiatria para dar conta daquela experiência, como se esta pudesse ser explicada pelo simples fato de ser nomeada como doença. A doença entre parênteses é, ao mesmo tempo, a denúncia social e política da exclusão, e a ruptura epistemológica com o saber da psiquiatria, que adotou o modelo das ciências naturais para objetivar e conhecer a subjetividade (AMARANTE, 2003, p. 56).

Com a doença colocada entre parênteses, abre-se um novo cenário de perspectivas para o trabalho com os portadores de transtornos mentais. "Surgem assim pessoas concretas com suas

experiências complexas, portadoras de necessidades variadas, inúmeras, para as quais a ‘clínica’ apenas não é suficiente para dar respostas ou apontar caminhos” (AMARANTE e GULJOR, 2005, p. 68).

Nesse sentido, Rotelli (2001, p.30) entende que o processo de desinstitucionalização tornou-se a reconstrução da complexidade do objeto, com a finalidade de trazer à cena o sujeito, o que abre a possibilidade de operar mudanças conceituais, técnicas, políticas e históricas no campo da saúde mental. Dentro dessa perspectiva,

a verdadeira desinstitucionalização em psiquiatria, na Itália, tornou-se um processo social complexo, que tende a transformar a relações de poder entre os pacientes e as instituições, que tende a produzir estruturas de Saúde Mental que substituam inteiramente a internação no Hospital Psiquiátrico e que nascem da desmontagem e reconversão dos recursos materiais e humanos que estavam ali depositados (ROTELLI et al, 2001, p.18).

Para tanto, Rotelli (2001, p.36) considera que o processo de desinstitucionalização italiano se constituiu a partir de três aspectos:

a) da construção de uma nova política de saúde mental a partir da base e do interior das estruturas institucionais através da mobilização e participação, também conflitiva, de todos os atores interessados;

b) da centralização do trabalho terapêutico no objetivo de enriquecer a existência global, complexa e concreta dos pacientes, de tal forma que eles, mais ou menos “doentes”, sejam sujeitos ativos e não objetos na relação com a instituição. A palavra de ordem é: do manicômio, lugar zero dos intercâmbios sociais, à multiplicidade extrema das relações em sociedade;

c) da construção de estruturas externas que são totalmente substitutivas da internação no manicômio, exatamente porque surgem do interior de sua decomposição e do uso e transformação dos recursos materiais e humanos que estavam ali confinados.

Não bastam as medidas racionalizadoras, de princípio de boa gestão administrativa, de diagnóstico comunitário, de hierarquização, de descentralização de serviços, de regionalização, de sistemas de referência contra-referência e assim por diante, se não se operam mudanças na natureza do saber que se exercita no que se está conceituando como ato de saúde (AMARANTE e GIOVANELLA, 1994, p. 139).

Desta forma, o discurso basagliano da desinstitucionalização aponta para a necessidade de uma complexa modificação científica e social, ou seja, a desconstrução, e não apenas uma reforma, entendida como melhora e humanização dos três pilares principais que sustentam o lugar de exclusão social da loucura: a vigente organização de serviços de saúde mental, o discurso científico, sobretudo no que se refere à noção de doença mental e o contexto social, que condiciona o isolamento do desvio à norma (AMARANTE, 1996).

A psiquiatria democrática italiana, ao compreender o portador de transtorno mental enquanto um sujeito de direito, e desta forma incluir em sua agenda a complexa demanda da inclusão social, pôde avançar no sentido de construir alianças com movimentos sociais e traçar estratégias não apenas de cuidado em saúde, mas em uma disputa contra-hegemônica por uma sociedade solidária. As políticas de suporte social ao sujeito em sofrimento psíquico, bem como a legislação italiana, são reflexos destas transformações (AMARANTE e GULJOR, 2005, p. 70).

Neste sentido, a desinstitucionalização implica o retorno do portador de transtorno mental ao espaço de convívio social como parte integrante desta sociedade e na construção de seu *status* de cidadão através de políticas sociais condizentes com estes pressupostos.

Assim, pode-se concluir que a desinstitucionalização do doente mental traz o desafio de dotar esse indivíduo de um mínimo de recursos vitais que lhe permita independência para as atividades de vida diária e exercício de cidadania. Pois, imaginar o crônico, há anos institucionalizado, lentamente saindo do cotidiano do asilo, freqüentando os hospitais-dia, os atendimentos comunitários, enfim, resgatando sua livre gestão e seu direito de ir e vir requer uma política condizente e estruturada com adoção de estratégias de desinstitucionalização e novos dispositivos institucionais, que busquem resgatar a saúde mental e a cidadania dos usuários.

Entretanto, Amarante (2003), assinala que existe o risco de as propostas públicas de assistência em saúde mental, bem como as pesquisas acadêmicas sobre esse tema reduzirem a noção de desinstitucionalização ao mero processo de desospitalização. Nesse sentido, essa noção apontaria apenas para a necessidade de mudança de *lôcus* de tratamento, isto é, dos hospitais psiquiátricos para os serviços territoriais.

1.4 AS CONQUISTAS DESTE PROCESSO

A Organização Mundial de Saúde (1996), propôs uma lista de dez princípios¹² em saúde mental a serem observados no processo de elaboração e revisão legal pelos países membros, sob inspiração da Resolução 46/119 da ONU, e com subsídios de um estudo comparativo das leis nacionais da área de quarenta e cinco países desenvolvido pela própria OMS.

De uma forma geral, a OMS propõe estratégias de garantia de direitos e reorganização da rede assistencial, além de ressaltar a importância do respeito aos dispositivos legais.

A necessidade de revisão e/ou criação de legislações no campo da psiquiatria que salvaguardem os direitos civis e sociais dos portadores de transtornos mentais tem sido um objetivo comum à grande maioria de países. A década de 1990 foi um cenário promissor para inovações legislativas no campo da psiquiatria. As estratégias construídas para garantia desses direitos têm respeitado os contextos sociais e culturais e, por isso, embora exista uma tendência internacional para desenhar estratégias legislativas inovadoras, elas não possuem um único formato ou perspectiva (PEREIRA, 2004).

As propostas contemporâneas, na área da saúde mental, vêm sendo embasadas pelos princípios da desinstitucionalização. Esses princípios apontam a emergência da reinserção do portador de transtorno mental ao convívio social e a construção de sua cidadania.

A materialização deste processo implica o estabelecimento de um diálogo com a sociedade que possibilite a transformação do valor social desses sujeitos como ponto de partida para a construção de uma rede de relações e suporte. As dimensões, cultural e política, desta forma, desempenham função-chave nessa teia complexa (AMARANTE e GULJOR., 2005, p. 71).

Diante disto, Amarante (1994), assinala que a Reforma Psiquiátrica é um conjunto de iniciativas políticas, sociais e culturais, administrativas e jurídicas, que parte das transformações

¹² Os dez princípios em saúde mental: 1. Promoção da Saúde Mental e Prevenção dos Transtornos Mentais; 2. Acesso a Atenção Básica em Saúde Mental; 3. Dispositivos em Saúde Mental em consonância com os Princípios aceitos Internacionalmente; 4. Desenvolvimento de formas de atenção à saúde mental menos restritivas; 5. Auto-determinação; 6. Direito de ser assistido no exercício da auto-determinação; 7. Existência de Procedimentos de Revisão; 8. Mecanismos de Revisão Automática e Periódica; 9. Agentes de decisão qualificados; 10. Respeito às regras da lei (OMS, 1996)

na instituição e no saber médico-psiquiátrico até as práticas sociais em lidar com as pessoas com transtornos mentais e que apresenta como referência fundamental a desinstitucionalização.

Desinstitucionalizar significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isso significa não administrar-lhes apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade e subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. A desinstitucionalização é este processo, não apenas técnico, administrativo, jurídico, legislativo ou político; é acima de tudo, um processo ético, de reconhecimento e uma prática que introduz novos sujeitos de direito e novos direitos para os sujeitos (AMARANTE, 2001, 49).

Assim sendo, falar de todo este processo, ao qual está envolvida a Reforma Psiquiátrica e de sua concretização, não significa apenas o sucesso terapêutico-assistencial dos novos serviços, mas na escolha que as sociedades como um todo, adotarão na forma em lidar com os seus diferentes.

A questão colocada pela Reforma Psiquiátrica, embora privilegie o problema da assistência, não se restringe a ela, “pois o que está em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura na nossa tradição cultural” (BIRMAN, 1992, p. 72).

O projeto de desinstitucionalização envolve o ser, o estar, o conhecer, o cuidar em comunidade. Essa visão redimensiona todo o processo concebido até então através do binômio saúde-doença, podendo ser compreendido através da tríade saúde-doença-cuidado, (DAVID, 2001).

A desconstrução do aparato manicomial e a conseqüente descentralização do hospital psiquiátrico nos conduzem a novas alternativas terapêuticas, de modo que começamos a perceber que o hospital psiquiátrico passa a desempenhar funções específicas, encontrando na comunidade várias possibilidades (CERQUEIRA, 2003).

Sendo a comunidade espaço do cuidado, a substituição do modelo asilar vem sendo a principal característica deste processo. Estão sendo criados novos serviços com propostas de tratamentos diferenciados dos espaços tradicionais, estes devem levar em consideração a singularidade e as condições concretas de vida das pessoas que buscam cuidado.

A desconstrução da rede de instituições totais em saúde mental pressupõe uma estratégia política, institucional e técnico-profissional de desmontagem do circuito hospitalocêntrico e das

representações sociais excludentes. Em contrapartida, tenta-se construir novas práticas e instituições que questionam continuamente as formas recicláveis de opressão, repressão e exclusão social do portador de transtorno mental. Desta forma, os serviços de saúde mental, com funções terapêuticas e sócio-assistenciais dominantes deveriam funcionar, tendo como porta de entrada organizações sanitárias territoriais.

No processo de substituição do modelo centrado na referência hospitalar para o de base comunitária, “acentua-se evidentemente a importância desta noção de território, conceito este que aparece nas normas legais que alicerçam a expansão da rede substitutiva” (SCHECHTMAN, 2004).

A discussão do conceito de território na saúde mental nos possibilita ampliar nosso olhar para além da noção de espaço territorial. Um olhar que problematiza as estruturas básicas que caracterizam o território como algo estático.

Milton Santos (1988) nos fala do ‘território da vida’, do território das trocas (simbólicas e materiais) e das relações sociais.

Nele os sujeitos da sociedade estão em constante processo de reconhecimento, de relação, disputa, enfim, é nessa unidade que iremos trabalhar a noção de cuidado, de cidadania e onde serão implementadas as ações de saúde. Daí a necessidade de conhecer o território, de ser e fazer parte dele, pois é nele que estão organizados os serviços locais, o que nos dá a possibilidade de discutir nossa responsabilidade com a comunidade da qual somos referência. Esse é o novo conceito de território que temos que trabalhar: o território das relações sociais, das redes de trocas, das disputas de poder. Diante desse dinamismo, o território passa a ser palco das experiências vivas, dos sujeitos que animam e dão sentido ao espaço socialmente organizado. E dentro dessa lógica, podemos discutir o cuidado com a saúde, com a educação, com a qualidade de vida da população (CERQUEIRA, 2003, p. 56).

A partir dessa nova forma de compreender e de considerar o território, podemos discutir as relações que nele são estabelecidas, pois o território passa a ser a unidade de assistência, de análise e de implementação do cuidado.

A Reforma Psiquiátrica na perspectiva da desinstitucionalização, ao conceber a comunidade como unidade produtora e reprodutora de relações sociais, insere a equipe de saúde mental nesse território, transformando-o em um interlocutor das crises sociais do cotidiano.

Essa nova modalidade de assistir vai a favor do conceito da prática preventiva, balizado nos três níveis de prevenção; pensando assim, em uma prática de

saúde que localize o indivíduo social e culturalmente, possibilitando superar a visão estanque do indivíduo e sua doença (CERQUEIRA, 2003, p. 59).

De acordo com Cerqueira (2003), a Reforma Psiquiátrica encontra na discussão do território da vida um importante interlocutor na política de descentralização das ações de saúde, contextualizando o indivíduo em relação à sua comunidade e visualizando a assistência psiquiátrica dentre as ações voltadas para a saúde.

Nesse contexto que está se configurando, surgem novos personagens, a internação deixa de ser o único recurso terapêutico, reforça-se a equipe multiprofissional e a comunidade em que se insere o serviço. Há uma re-significação do papel da equipe, do usuário dos serviços de saúde e da comunidade (CERQUEIRA, 2003, p. 62).

Nesse contexto, vem sendo construída uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Essa rede é composta por centros de atenção diária, unidades ambulatoriais, centros de convivência, lares abrigados e residências terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e outros. Importante esclarecer que existem denominações diferenciadas entre os países, na organização de seus novos serviços.

Essa rede alternativa possibilita o tratamento na comunidade, sem o afastamento da pessoa do seu meio social, passando a envolver a família no tratamento. A ênfase assistencial não está apenas no processo de cura, mas em projetos de saúde, direcionam o olhar à pessoa, sua cultura e vida cotidiana, tornando-se este o objetivo do trabalho terapêutico.

Desta forma, a população local, os serviços comunitários, e outras instituições como justiça, escolas, igrejas, estão sendo convidados a construir diariamente esta nova realidade.

A construção de todo um aparato de cuidado externo ao hospital, proposto pela desinstitucionalização italiana, vêm sendo materializado em diversos países, através de políticas públicas sociais.

Nesta nova proposta de tratamentos comunitários, onde nega-se o isolamento, aliada a compreensão de que o que se deve ser cuidado é o indivíduo e não sua doença, acabaram por determinar um olhar integral a este sujeito. Esse olhar passa ter como finalidade, a atenção integral e continuada aos portadores de transtornos mentais, a fim de que estes possam alcançar a integração social, a qualidade de vida e de relacionamentos.

Neste sentido Alves (2001), disserta acerca da importância e da necessidade da diversificação de programas para que se possa estar acolhendo o portador de transtorno mental de forma integral e de acordo com suas necessidades.

Consideramos componentes indissociáveis da integralidade: a intersetorialidade e a diversificação. Se nos propusermos a lidar com problemas complexos, há que se diversificar ofertas, de maneira integrada, e buscar em outros setores aquilo que a saúde não oferece, pois nem sempre lhe é inerente (ALVES, 2001, p. 7).

A necessidade de uma ação intersetorial advém do fato de que, a saúde de uma população é uma questão social, de responsabilidade coletiva, resultado das suas condições de vida, de trabalho, de moradia, educação, saneamento básico, alimentação, que acabam por interferir diretamente na saúde mental da população. Assim, a responsabilidade no atendimento, para que este sujeito seja atendido de forma integral de acordo com suas necessidades, acaba por envolver diversos setores públicos e comunitários. Deste modo, constrói-se políticas públicas integrais em saúde, entendidas como iniciativas que repercutem na melhoria das condições de vida e de saúde da população.

No que tange especificamente os serviços de saúde mental, fica clara a necessidade destes programas, em possuírem equipes multidisciplinares, interagindo com a pluralidade de seus saberes e a complexidade das ações e dos serviços assistenciais.

Os maiores problemas são, além da forte influência do modelo tradicional de cuidado, a grande dificuldade dos profissionais para renunciarem a um papel específico, afinal são especialistas, e compartilhar saberes é exercício contínuo e muito difícil (ALVES, 2001, p. 8).

O processo construído através da interação da equipe multidisciplinar possibilita uma nova maneira de olhar e cuidar, fazendo emergir novos saberes e novas formas de conhecimento.

Enquanto estivermos institucionalizados tanto em nossas práticas institucionalizantes quanto acadêmicas, não teremos a oportunidade de lidar com outras formas de conhecimento a não ser as respaldadas pelo rigor do conhecimento científico. No entanto, podemos “estar” na comunidade e mesmo assim, desenvolver práticas institucionalizantes, a partir do momento em que nos encastelamos juntos com os usuários, reproduzindo tais práticas (CERQUEIRA, 2003, p. 59).

No amadurecimento desta nova forma de cuidar o portador de transtorno mental, tem sido evidenciada uma série de outros obstáculos que vêm impedindo a efetiva implementação das novas propostas. A mais relevante, sendo o cerne de toda a transformação paradigmática, é que na maioria dos países observa-se a predominância do modelo hospitalocêntrico, quando não raro a ausência de políticas públicas que incluam o portador de transtorno mental, enquanto sujeito de direito.

O que vem sendo identificado é um avanço nas legislações referentes à saúde mental, tanto nacional como a nível internacional. Essas são processadas de formas diferenciadas, porém, propondo mudanças na atenção, tratamentos éticos, comunitários e desinstitucionalizantes. São diferentes documentos legais que dizem respeito aos direitos humanos, direitos e responsabilidades civis, o código penal e os doentes mentais, limitações e restrições legais, normas de tratamento entre outros.

Entretanto, na maioria dos lugares, o tempo transcorrido entre uma iniciativa e sua efetiva aprovação, é lento e acaba, assim, sendo a confirmação tardia, do que já vem ocorrendo na prática, devido a iniciativas de técnicos, usuários e familiares.

Estas legislações têm papel fundamental na superação de eventuais impasses ideológicos, entre os defensores e os opositores do modelo hospitalocêntrico, tendo em vista, que algumas décadas atrás, devido aos altos índices de internação, foi vivenciado o que para alguns autores pode ser denominada de ‘a indústria da loucura’.

Porém, um aspecto que vem dificultando o processo pode ser apontado como o não cumprimento dos instrumentos legislativos existentes. A existência de um texto legal em consonância com os princípios internacionalmente aceitos não obriga que os países estejam de fato exercendo as suas práticas de acordo com ele. A implantação de uma lei é um processo contínuo, e em muitos casos de longo prazo, que exige permanente comprometimento das instâncias de poder responsáveis pela sua execução, e aprimoramento dos objetivos sociais em que se baseia.

Uma realidade, também identificada é de que alguns pacientes são abandonados pela família, e passam a ser moradores permanentes desses hospitais. "Nesses casos, os problemas sociais são mais evidentes do que mesmo a ‘doença mental em si’” (SADIGURSKY E TAVARES, 1998, p.3). É necessário o cuidado na distinção entre o problema da pobreza e do cuidado necessário ao portador de transtorno mental. Hospital psiquiátrico não é abrigo, e o

usuário não pode ser punido com a internação perpetua, consequência de suas condições econômicas e sociais.

Esta realidade vem levando a formulação, em alguns países, de Portarias que prevêm incentivo financeiro para o retorno à sociedade, de pacientes com longa internação.

TSU (1993), considera que, para os familiares, a elaboração destas normas se constitui no descumprimento do Estado de sua obrigação.

A rejeição familiar com relação ao doente mental é, de certo modo, esperada principalmente, quando este fica por muito tempo afastado por força de internações ou pelo número elevado de reinternações, o que promove fragmentações das interações familiares (SGAMBATI, 1983).

Buscando na comunidade espaço para dialogar com a doença mental, a Reforma Psiquiátrica enfrenta as dificuldades que são peculiares a qualquer movimento que resulte em uma mudança de paradigma e acima de tudo, de uma nova cultura. Lancman (1992, p. 27) acredita que, de certa forma, está havendo uma reapropriação desse espaço: “a loucura, ponto de partida e de chegada desse espaço e, que tendo sido aprisionada em sua origem na forma asilar, passava em tempos mais recentes por um processo de desospitalização”.

Para que o objetivo da desinstitucionalização seja de fato concretizado, multiplicam-se os movimentos sociais, como a associações de usuários e familiares, além de cooperativas e eventos para sensibilizar a sociedade, objetivando a construção de novas formas de convivência social transformando, assim, as concepções de periculosidade, erro e desvio que historicamente estiveram associados à loucura. A socialização dos pacientes é o aspecto importante em seu tratamento, correspondendo, desta maneira, a um avanço na superação dos preconceitos sociais, estigma histórico em relação ao portador de transtorno mental.

Entretanto, o estigma historicamente construído e propagado na sociedade, de incurabilidade, periculosidade e hospital enquanto local adequado de permanência dos portadores de transtorno mental, vem sendo uma das grandes dificuldades enfrentadas na reintegração social desses sujeitos. Apesar do movimento mundial que decorreu a luta pela desinstitucionalização, muitos países não aderiram, ainda, aos pressupostos da mesma.

Mesmo assim, é relevante salientarmos a importância de ações inovadoras na assistência psiquiátrica de hoje, de acordo com Lacerda (2001), passa a ser mais inclusiva através do hospital-dia, o ambulatório multiprofissional de saúde mental e os centros de atenção, já que não

se dirigem só as fragilidades psicológicas e psiquiátricas dos pacientes, mas também atuam com familiares, comunidade, trabalho e contexto cultural.

A cena principal da determinação dos problemas poderá variar segundo a problemática particular com que se esteja lidando – portanto o que entra no campo, a priori, não é mais a determinação orgânica (ou qualquer outra que poderia ser equivalente), mas sim a postura que procura discriminar qual é a determinação, ou determinações, dos problemas em questão.[...] é possível propor que a cena principal em termos universais, para o modo psicossocial (em relação ao asilar) seja o simbólico, englobando o psíquico e o sócio-cultural (por oposição ao orgânico) (COSTA-ROSA, 2000, p.156).

Diante destas considerações, a reforma psiquiátrica de acordo com Amarante e Guljor (2005, p. 70), se dá como um processo de transformação estrutural da visão da sociedade sobre a loucura, abarcando não apenas o modelo de cuidado, mas também suas noções sobre a condição social deste sujeito em sofrimento.

Para Basaglia (1985), as legislações, incluindo as relacionadas com a psiquiatria, estariam sempre incluídas aos contextos históricos e sociais onde se desenvolvem, principalmente nas formas que o mundo da produção se organiza e as sociedades se relacionam com os incluídos/excluídos da relação produtiva. As transformações nas formas de produção influenciam diretamente essa equação e trazem novas exigências e formas de relacionamento. A loucura se inscreve nitidamente nesta relação e as transformações nas legislações específicas para este campo vêm acompanhando as modificações nas formas de produção material, cultural e simbólica das sociedades no mundo ocidental.

1.5 DESAFIOS NA ATUALIDADE

“A proposta da desinstitucionalização é colocar a doença entre parênteses para assim, se dedicar às pessoas concretas em suas experiências e, em seus sofrimentos” (AMARANTE E GULJOR, 2005, p. 67). Experiências de pessoas concretas, inseridas em uma realidade que não pode ser negada, ou seja, um sujeito com necessidades variadas e inúmeras que acabam determinando a experiência de sofrimento.

Entretanto, apesar de todas os embates na esfera político-ideológica, e também, das várias inovações técnico-científicas efetivadas para superar o modelo asilar, pode-se observar, ainda, a hegemonia deste paradigma. Também, “observa-se que as práticas do modo psicossocial têm a característica fundamental de poderem recair na repetição dos contornos e das práticas do paradigma que pretendem superar” (COSTA-ROSA, 2000, p.165).

A reforma psiquiátrica não pode ser compreendida, apenas, como um rearranjo administrativo da e de assistência.

A radicalidade de sua proposição, que modifica o projeto de intervenção da ‘doença mental’ abstratamente concebida, para um ‘sujeito histórico que sofre mentalmente’ não pode ser negligenciada. A reforma administrativa e de prédios e a inauguração de serviços extra-hospitalares são medidas que favorecem uma nova abordagem terapêutica [...] prédios novos e portas abertas não garantem projetos terapêuticos que respeitem a cidadania de sujeitos portadores de transtornos mentais (OLIVEIRA E ALESSI, 2005, p.13).

Costa-Rosa (2000), assinala uma série de razões que parecem condicionar esta tendência. De acordo com o autor, um dos fatores está relacionado à inércia própria do modo asilar e seu amplo domínio, do mesmo modo que as formas predominantes de organização institucional na sociedade, com suas práticas e discursos. Outro fator é a alienação do sujeito em relação ao seu destino, assim como, o processo de fragmentação do trabalho.

A prática de atendimento terapêutico supõe uma lógica complexa e cotidiana. O hábito da prática de atendimento indica uma disposição duradoura aprendida pela repetição freqüente das ações em saúde mental. Contudo quando não se reinventa o cotidiano, podem contribuir para a reprodução ideológica e acrítica das intervenções.

Há ainda, uma disparidade relevante entre o grau de desenvolvimento da tecnologia à disposição no campo e, o grau de desenvolvimento da força e trabalho (domínio técnico desta tecnologia) com seus múltiplos determinantes. Alguns destes determinantes é destacado pela autora como: o descaso muitas vezes no setor saúde (implicando baixos salários e número insuficiente de profissionais, desvalorização técnica); a supremacia, ainda, do saber psiquiátrico, que acaba não redefinindo o objeto e os meios de trabalho, em uma perspectiva de saúde ampliada.

Porém, pode ser enfatizado que as desculpas da dificuldade e dos grandes desafios não justificam a omissão. Ao contrário, devem estimular a busca de novos conhecimentos, novas

alternativas, que apontem para uma prática centrada na condições de vida e de trabalho dos usuários respaldada na singularidade de cada pessoa.

Concordamos com TSU (1993), quando este se refere que, a desinstitucionalização deve se preocupar com as reais necessidades dos indivíduos e, não apenas, com o fato de reduzir gastos sociais e implantar novas modalidades, voltando-se apenas para a desospitalização. O preconizado só será possível se houver uma real melhoria das condições gerias de vida da população.

Assim sendo, no paradigma da desinstitucionalização torna-se necessária uma redefinição do processo de trabalho das equipes de saúde mental, sendo no cotidiano, nos confrontos e nas contradições entre o processo de produção e recriação, próprios das práticas de assistência em saúde, que poderá ocorrer um processo contra-hegemônico que resgate os envolvidos (trabalhadores e usuários) como sujeitos sociais e cidadãos.

Portanto, é principalmente nesse processo cotidiano de trabalho/assistência, que reside a potencialidade implícita de construção deste novo projeto. É um processo de construção dos profissionais como sujeitos sociais que, ao se perceberem criticamente como co-responsáveis por um trabalho coletivo, também se responsabilizam por todos os atos deste trabalho e utilizam as possibilidades de ruptura com os saberes e práticas custodiais e burocráticas do trabalho assistencial em saúde mental, presentes ao longo da história (OLIVEIRA e ALESSI, 2005).

2. CONDIÇÕES DE VIDA E DETERMINANTES DE SAÚDE

Milton Santos (2001) diz que pensamos o mundo a partir do lugar em que nos encontramos e com o qual temos relação de pertencimento. As políticas públicas se defrontam com o desafio de intervir para reduzir as desigualdades sócio-territoriais, sem perder os vínculos com as particularidades e diversidades locais. Tais particularidades territoriais, sociais, econômicas e culturais se expressam num imenso mosaico de lugares e contextos, habitados por pessoas que não vivem as plenas condições de existência e cidadania.

O mundo contemporâneo tem vivenciado o império de uma economia globalizada, com culturas fragmentadas, com concentração de riqueza atingindo níveis inéditos, com crescentes desigualdades econômicas, sociais e de gênero.

La globalización del capitalismo monopólico acentuó la inequidade en todo el mundo imprimiendo una huella funesta en la salud de todos los tipos de sociedad. Ni el llamado primer mundo y las sociedades socialistas que perviven e salvan de la pesadilla, peor aun las regiones actualmente más vulnerables como el llamado tercer mundo y los países ex-socialistas. Es así porque las heterogeneidades entre la riqueza y la pobreza se han entremezclado, produciéndose grandes conglomerados de pobreza en el primer mundo, de la misma forma que hay sectores de 'primer mundo en las sociedades más pobres (BREILH, 1996)

Concernente aos países periféricos, o padrão econômico mundial, recomenda novas relações internacionais assumindo, desta maneira, formas econômicas anômalas que vem se processando de acordo com BREILH (1996) através da,

industrialización por maquila, la reprimarización agrícola y una masiva informalización de los sistemas de trabajo para sobrevivir en amplios sectores de la población trabajadora y media. Todas estas con resultados funestos para la calidad de vida y la salud de la gente.

Nesta linha de pensamento, Westphal (2006) assinala que as situações características do período atual, a dinâmica da realidade e seu *ethos* orientador podem ser vista como responsável, por um lado, por um desenvolvimento econômico nunca visto antes, mas, por outro lado, de grandes males. Afirma que os modelos de desenvolvimento assumidos pelos países,

especialmente o dos países em desenvolvimento, estão centrados no econômico, se tornando cada vez mais excludentes, pois estão voltados para o pagamento da dívida externa.

Os esforços neste sentido, voltados para o econômico, e não para as necessidades humanas, têm resultado em um empobrecimento crescente das massas, acompanhado da incapacidade da esmagadora maioria da população de participar de forma equitativa do consumo de bens materiais e culturais (WESTPHAL, 2006, p. 661).

As respostas à esta exclusão, pelas sociedades dependentes, vem sendo expressadas de diversas maneiras como:

1) afirmação de sua identidade cultural em termos fundamentalistas, decretando guerras religiosas e étnicas aos infiéis da ordem dominantes; 2) estabelecimento de uma conexão perversa à economia global, especializando-se em negócios ilegais; 3) migração em massa para os países centrais e 4) a procura de alternativas para a grande porção da população marginalizada da produção e do consumo, que gera violência e outros males do nosso tempo (WESTPHAL, 2006, p. 661 apud CASTELLS, 1996).

Uma consequência imediata do modelo de desenvolvimento adotado, economicista e neoliberal na sua essência, é a desigualdade social que impacta sobre a qualidade de vida e saúde da população e, também, sob as condições ambientais.

A descentralização e mecanização dos processos produtivos provocam o desemprego e ampliam o emprego informal [...]. A desigualdade gera uma diversidade de posicionamentos e significados diante das situações de vida que criam contradições e aumentam o conflito por interesses diversos (WESTPHAL, 2006, p. 662).

Na última década vem ressurgindo o interesse no estudo das relações entre situação sócio-econômica e saúde, tanto no meio acadêmico quanto na agenda política. Segundo Barata (2006), vários autores vêm atribuindo esse interesse renovado às consequências deletérias que o processo de globalização teve sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos ocidentais.

A retomada deste enfoque reflete mudanças em diversos campos, que decorrem da comprovação de que os problemas sociais incidem sobre a saúde das populações e que desafiam os diferentes setores a uma ação compartilhada, visando “a construção coletiva de uma nova

forma de compreender e abordar saúde, tendo a qualidade e a melhoria das condições de vida e saúde da população como eixo norteador” (OPAS, 2006).

A reconstrução desta abordagem decorre do reconhecimento da relação entre os principais determinantes da saúde e das formas de organização da vida social. Já em meados do século XIX, Virchow, ao estudar as epidemias de tifo nas minas da Silésia, relacionava que as condições econômicas e sociais exercem um efeito importante sobre a saúde e a doença, ressaltando o excesso de risco de adoecer e morrer observado entre as camadas mais pobres da população (CNDSS, 2006).

Contudo, na história da saúde e da doença, as práticas médicas tem prevalecido e se consolidado no modelo biomédico, em que o corpo é entendido como uma máquina completa e perfeita. Essa noção de corpo autônomo, que se distingue do ambiente e de outros corpos de tal forma que se possa analisar os processos de saúde e doença, sob a ótica de seu funcionamento, caracteriza a visão biomédica mecanicista que vem desde o século XVII.

Todavia, essa visão deixa de considerar diversas outras dimensões (sociais, culturais, ecológicas, psicológicas, econômicas, religiosas) igualmente relevantes para os processos que implicam em adoecimento ou na melhoria da saúde das pessoas.

Neste sentido, o conceito do processo saúde/doença elaborado à luz da teoria da “Historia Natural das Doenças¹³” (Leavell & Clark, 1976) vem sendo revisto. Ao focar o sujeito como suscetível a agentes etiológicos, desconsidera fatores sociais, econômicos e culturais, hoje, imprescindíveis para a compreensão do processo saúde/doença.

Desta forma, estamos diante de dois grandes modelos explicativos do processo de saúde /doença, que de acordo com Breilh (1996) podem ser apresentados como,

diametralmente opuestos com los que las gentes trabajan, desde ángulos distintos del interés social. existen conceptos, métodos y técnicas convencionales com los que opera la salud publica hegemónica al servicio de los intereses que controlan el Estado y del poder que controla las agencias de cooperación internacional. Mientras que, los movimientos sociales, los funcionarios y los tecnicos e investigadores progresistas, trabajan con un paradigma critico de proyecciones practicas democraticas.

¹³ O modelo explicativo criado por eles “Historia natural do processo saúde e doença” contempla a tríade ecológica na explicação da causalidade do processo de adoecimento. para os autores, microorganismos interagem com o ambiente, que favorece ou não sua sobrevivência e multiplicação como agente etiológico (agente) (Westphal, 2006, p. 640).

Estes modelos epidemiológicos são apresentados ainda, de acordo com o mesmo autor, como: o modelo clássico, ligado ao determinante biológico; e ao contrário, um modelo mais crítico, ligado à compreensão dos determinantes históricos.

Explicaciones “clasicas” de la epidemiologia, ligadas ao determinismo biológico – que se refugia incluseive en las explicaciones biogenéticas de los fenómenos sociales epidêmicos [...]; e por el contrario, asume un enfoque crítico, ligado a la comprensión de los determinantes historicos estructurales de la salud como objeto coletivo – aquellos que definen la inequidad e equidad de las relaciones sociales-, al conocimiento de la dinamica de las condiciones de reproducción social destructivas y protectores (laborales, de la vida familiar y del consumo, de las formas culturales y organizativas y de las relaciones historicas con el ambiente) (BREILH, 1996).

O enfoque crítico aponta uma concepção de saúde ampliada e importa uma visão afirmativa à respeito, que a identifica como bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente como ausência de doença. “A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido” (BUSS, 2000, p. 15).

Os novos desafios sociais, políticos, econômicos e culturais, o esgotamento do paradigma biomédico e a mudança do perfil epidemiológico da população nas últimas décadas, são apontados por Carvalho (2004, p. 2), como os que “têm ensejado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitários”.

Dentro da produção social da saúde, a mesma vem sendo considerada como um processo que pode melhorar ou deteriorar conforme a ação de uma sociedade sobre os fatores que lhe são determinantes, sobre o estado de saúde acumulado e sobre as conseqüências da perda de saúde. Neste enfoque, a saúde é considerada como um produto social resultante de fatos econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos (MENDES, 1996).

Neste sentido, queremos chamar atenção para o contexto atual que exhibe um perfil populacional dinâmico, instigando a reelaboração do conceito de saúde, tendo em vista que vem se tornando consenso, “à idéia de que a saúde constitui um indicador de qualidade de vida, e é determinada, por sua vez, pelas condições gerais de existência” (DUCHIADE, 1996, p. 16).

Entretanto, no contexto geral, Breilh (1996), salienta que quando falamos em qualidade de vida temos de estar cientes que esta é produto de uma contradição permanente, que ocorre entre processos que ele denomina de “destructivos y aquellos que poderíamos calificar de proctetores o benéficos”.

El desarrollo de esa contradicción entre lo que lesiona o destruye a los miembros de una población concreta y aquello que la beneficia o protege, tanto en el ámbito del trabajo de la vida familiar y de consumo, como de las relaciones con el medio ambiente y las características de los patrones culturales y organizativos, es producto de las relaciones sociales en que se desenvuelve la vida de dicha población (BREILH, 1996)

Minayo (et. al., 2000) qualificam a ‘qualidade de vida’ como uma noção eminentemente humana, que tem sido aproximada ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental e a própria estética existencial.

Pressupõe a capacidade de efetuar uma síntese cultural de todos os elementos que determinada sociedade considera seu padrão de conforto e bem-estar. O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural (MINAYO, et. alL. , 2000, p. 3).

Mais especificamente, no campo da saúde, o discurso da relação entre saúde e qualidade de vida, embora bastante generalizante, existe desde o nascimento da medicina social, nos séculos XVIII e XIX, quando algumas investigações referendaram esta tese e passaram a dar subsídios para as políticas públicas e movimentos sociais (Minayo et alL, 2000). “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, de Engels, ou “Mortalidade diferencial na França” de Villermé, ambas citadas por Minayo (et alL, 2000), são exemplos de tal preocupação. De fato, essa relação atravessa toda a história da medicina social ocidental. “Na maioria dos estudos o termo de referência não é qualidade de vida, mas condições de vida. Como mencionado em Witier (1997), estilo de vida e situação de vida são termos que compõem parte do campo semântico em que o tema é debatido” (MINAYO, et alL, 2000, p. 4).

Este aspecto é reiterado por Johann Peter Frank, citado por Buss (2000) ao escrever, no seu celebre ‘A miséria do povo, mãe das enfermidades’ que a pobreza e as más condições de vida, trabalho, nutrição etc. eram as principais causas das doenças, preconizando, mais do que reformas sanitárias, amplas reformas sociais e econômicas (Buss, 2000 apud Sigerist, 1956). A visão da intrínseca relação entre condições de vida, qualidade de vida e saúde aproxima os clássicos da medicina social da discussão que, nos últimos anos, vem se revigorando na área (MINAYO, et alL. 2000).

A maioria dos autores considera as relações entre os determinantes sociais e a saúde, reconhecendo como dimensões de interesse a economia, o social, a de gênero e de etnia (BARATA, 2006). Neste sentido, Barata (2006) cita as propostas Herzman & Siddiqi (2000) que propõe os estudos em saúde em três dimensões articuladas:

No nível macrosocial seriam considerados os fatores relativos ao Estado quais sejam a riqueza nacional, a distribuição da renda, a urbanização e industrialização, nível de emprego e a estrutura de oportunidades para suportar a saúde e o bem-estar da população. No nível intermediário seriam considerados os fatores relativos à organização social tais como, coesão, confiança, capacidade de resposta das instituições, que facilitam ou dificultam a solidariedade e a cooperação. No nível microsocial seriam analisadas as redes sociais de suporte familiar e pessoal (BARATA, 2006, p. 465, apud HERTZMAN & SIDDIQI, 2000).

Destaca, também, a importância de analisar aspectos políticos, e cita a abordagem proposta por Navarro (2001) que, de acordo com o autor, possui uma dimensão mais abrangente:

refere-se a um nível mais distal de determinação, ou seja, uma dimensão abrangente, porém, mais genérica, a partir da qual outros planos de medicação irão intervir. O plano de medição seguinte, entre o plano político e o perfil de saúde-doença é a organização socioeconômica existente em uma dada formação social. Esta dimensão está subordinada à determinação política e funciona como mediadora para outras dimensões mais particulares como as etnias ou as relações de gênero, estas por sua vez, sofrem a determinação das dimensões anteriores e funcionam como mediadoras para processos microsociais, tais como as relações familiares. A dimensão mais proximal é dada pelas características fenotípicas dos indivíduos resultantes das interações entre características genotípicas e o ambiente no qual o indivíduo vive (BARATA, 2006, p. 466).

Outro aspecto importante, para pensarmos os determinantes sociais de saúde, refere-se aos efeitos decorrentes da trajetória de vida. Barata (2006, apud Krieger) assinala que o estado de saúde atual dos indivíduos resulta das trajetórias de desenvolvimento pessoal ao longo do tempo, conformadas pela história de cada um referida ao contexto social, econômico, político e tecnológico das sociedades nas quais as trajetórias se desenvolveram.

Os efeitos do curso de vida sobre a saúde podem ser atribuídas a,

uma vertente materialista que atribui às condições materiais associadas à estrutura de classes a determinação da distribuição das doenças; e uma vertente psicossocial que leva em conta, além dos aspectos materiais, a ação de aspectos

como sucesso, fracasso ou frustrações, produzindo doenças como resultados de múltiplos estressores e falta de habituação (BARATA, 2006, p. 467 apud MARMOT, 2001).

Pensando o processo saúde/doença como resultante de um processo complexo de determinações e mediações entre diferentes dimensões da realidade, é possível compreender, conforme assinala Barata (2006, p. 465) “as diversas dimensões importantes na abordagem do problema”.

Entretanto, assinala a autora, que alguns autores continuam reduzindo as questões de saúde à dimensões puramente individuais, desconsiderando o fato de que o homem não existe a não ser em sociedade. Para estes autores é como se não existissem outros determinantes do processo saúde/doença além dos estritamente biológicos.

Salientamos, porém, que o ressurgimento nos debates atuais, da importância de estarmos atentos aos determinantes sociais de saúde, no contexto do processo saúde /doença/cuidado é um aspecto confirmado através da iniciativa da Organização Mundial de Saúde que inicialmente criou a Comissão de Determinantes Sociais em Saúde (CSDH-OMS), reiterando que nos últimos anos tem aumentado em quantidade e qualidade, estudos sobre as relações entre a saúde das populações, as desigualdades nas condições de vida e o grau de desenvolvimento da trama de vínculos e associações entre indivíduos e grupos, fortalecendo assim, a concepção ampliada de saúde e os determinantes sociais.

Porém, a discussão dos determinantes sociais de saúde, vem sendo empregada com cautela, entendendo que os mesmos não são necessariamente a causa de um “estado de saúde”, e sim elementos que podem contribuir para este “estado” (PEITER, 2005). Entendemos desta forma, que os determinantes devem ser apreendidos através de uma postura crítica e histórica permitindo, assim, serem reconhecidos nas suas especificidades locais, regionais e nacionais.

Neste sentido, a base conceitual dos determinantes sociais de saúde utilizada pela CSDH/OMS esta centrada no modelo apresentado por Dalghren e Whitehead (1991) e caracteriza-se por uma perspectiva histórico-social crítica.

Apreendendo o papel protagonista dos determinantes sociais sobre as condições de saúde, as ações estariam mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde.

Os determinantes sociais de saúde (SDH) são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham, ou, de acordo com a frase de Tarlov, as características sociais dentro das quais a vida transcorre. Os determinantes sociais de saúde apontam tanto para as características específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde (CSDH, 2005, p. 4).

No Documento da CSDH, consta que em alguns contextos, os determinantes de saúde continuam a ser compreendidos como características do indivíduo, tais como a rede de apoio social da pessoa, ou o salário, ou a função. No entanto, o documento aborda que a população não é meramente uma coleção de indivíduos. As causas dos problemas de saúde “se agrupam em padrões sistemáticos, e além disso, os efeitos sobre um indivíduo podem depender da exposição sobre outros indivíduos, e de suas consequências”. Neste sentido a CSDH distingue dois tipos de questões etiológicas: “a primeira busca a causa dos casos, e a segunda, as causas das incidências. Quando se trata de determinantes sociais, queremos compreender como as causas dos casos individuais estão relacionados às causas da incidência nas populações” (CSDH, 2005, p. 5).

Neste sentido, ao falarmos de determinantes sociais, temos que estar atento para o patamar mínimo e universal de qualidade de vida anteriormente referido, ou seja, de satisfação das necessidades mais elementares da vida humana: alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde e lazer; elementos materiais que tem como referência noções relativas de conforto, bem-estar, realização individual e coletiva e políticas públicas. O conceito de determinantes sociais está ligado aos “fatores que ajudam as pessoas a ficarem saudáveis, ao invés do auxílio que as pessoas obterão quando ficarem doentes” (CSDH, 2005, p. 5).

No mundo ocidental atual, é possível articular que desemprego, exclusão social e violência são, por exemplo, reconhecidos como negação da qualidade de vida. “Trata-se, portanto, de componentes passíveis de mensuração e comparação, mesmo levando-se em conta a necessidade permanente de relativizá-los culturalmente no tempo e no espaço” (MINAYO, et al, 2000, p. 5).

Este aspecto é reiterado, ainda, pela Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde da OMS (2005) que através de estudos mostraram que gradientes observados na situação de saúde entre diferentes estratos sociais têm a ver com aspectos materiais relacionados à renda e à posse de determinados bens, mas tem também muito a ver com a vivência de situações

estressantes no bairro e no ambiente familiar, com raras oportunidades de ‘relaxar’ em atividades de lazer. “Estudos sobre a trama de relações entre experiências psicossociais subjetivas e aspectos relacionados à organização social vêm permitindo começar a entender como a saúde é afetada por essas relações” (PELLEGRINI FILHO, 2006, p.12).

Ações sobre os determinantes da saúde vêm sendo focalizadas em algumas perspectivas, como estratégias de ação. Dentre as estratégias destacamos a Promoção da Saúde, que vem sendo fortemente difundida pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ESTRATÉGIA DE AÇÃO

A história da humanidade indica que sempre houve preocupação com a promoção da saúde do ser humano, seu crescimento, seu desenvolvimento físico e mental e a prevenção das doenças. Nos escritos de Hipócrates foram encontrados as primeiras referências à importância das condições e vida como determinantes da saúde (WESTPHAL, 2006).

Porém, foi em decorrência da Revolução Industrial, tendo em vista o aumento da mortalidade, que emergiram para seu enfrentamento os conceitos de medicina social e saúde coletiva, baseados na relação entre saúde e condições de vida, que surgiram as primeiras estratégias de promoção da saúde nos espaços de vida (WESTPHAL, 2006). O representante mais conhecido desta época é Rudolf Virchow.

No início do século XX, a Promoção da Saúde, foi assim denominada pela primeira vez por Henry Sigerist, significando por um lado ações de educação em saúde e por outro, ações estruturais do Estado para melhorar as condições de vida.

Desta época, também, são os estudos de Mckeown sobre as causas da mortalidade da população inglesa, chamando atenção para fatores como desenvolvimento econômico, nutrição e mudanças nos níveis de vida da população. Estes argumentados colocados pelo autor foram considerados na formação do marco referencial da promoção da saúde que focaliza suas intervenções nos determinantes da saúde.

Citamos também os trabalhos de Leavell & Clark (1965), através da “história natural das doenças”, anteriormente citado, onde a promoção da saúde era vista como uma das ações da prevenção de doenças.

Outra influência importante na construção do conceito da promoção de saúde foi o do ministro canadense Lalonde. “A partir do conhecido relatório Lalonde (1974)¹⁴, tal conceito foi definido, tomando como base na concepção atual do que se consideram os determinantes da saúde” (MINAYO, et al, 2000, p. 4).

Entretanto, foi na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, realizada em Ottawa, que aprovou-se a Carta de Ottawa, sendo este documento o marco conceitual da promoção da saúde, que passou a ser entendida como: “Processo de capacitação dos indivíduos e coletividades para identificar os fatores e condições determinantes da saúde e exercer controle sobre eles, de modo a garantir a melhoria das condições de vida e saúde da população” (BRASIL, 2001).

Desta forma, a promoção da saúde, como vem sendo entendida nos últimos 20 anos, representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas. “Partindo de uma concepção ampla do processo saúde/doença e de seus determinantes, propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução” (BUSS, 2000, p. 4).

Buss (2000 apud Sutherland e Fulton), assinala que atualmente, as conceituações disponíveis para a ‘promoção da saúde’ podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focados nos seus estilos de vida e localizando-os no seio familiar. Neste caso,

Os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos (BUSS, 2000, p. 6).

Assim, quando apreendida de forma mais focalizada, ‘qualidade de vida em saúde’, a centralidade está na capacidade de viver sem doenças ou de superar as dificuldades dos estados

¹⁴ O Informe Lalonde (1974) orientado pela proposta de “Campo de Saúde”, sugeriu as seguintes dimensões a serem consideradas individualmente ou em conjunto na elaboração de políticas governamentais de saúde: 1) ambiente; 2) a biologia humana; 3) os estilos de vida e 4) sistemas de saúde.

de morbidade. “Parecem implicar os aspectos mais diretamente associados às enfermidades ou às intervenções em saúde” (SEIDL e ZANNON, 2004, p. 6).

Minayo (et all, 2000), compartilham desta opinião, ao salientarem que a área médica ao incorporar o termo qualidade de vida o utiliza dentro do referencial da clínica, para designar o movimento em que, a partir de situações de lesões físicas ou biológicas, se oferecem indicações técnicas de melhorias nas condições de vida dos enfermos. “A expressão usada é ‘qualidade de vida em saúde’. No entanto, a noção de saúde aqui utilizada é totalmente funcional e corresponde ao seu contrário: a doença em causa evidenciando uma visão medicalizada do tema” (MINAYO, et all, 2000, p. 3).

Neste grupo, como é possível observar, acaba conferindo ao processo saúde/doença aos estilos de vida, atribuindo as escolhas individuais os hábitos e comportamentos potencializadores das doenças ou da saúde. Barata (2006) chama atenção para o fato de que “os indivíduos não são independentes de seus grupos sociais na escolha de hábitos de vida” apontando que, é necessário conhecer os determinantes mais complexos do comportamento humano além das condições materiais de vida dos grupos sociais.

Entretanto, o que vem caracterizando na atualidade a ‘promoção da saúde’, é a constatação do papel protagonista dos determinantes sociais sobre as condições de saúde, que reúnem os conceitos do segundo grupo, apontado por Buss (2000). Neste grupo há a articulação da saúde com a condição e a qualidade de vida, “afirmando que este ideário representa uma estratégia promissora para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas” (Buss, 2000). Esta perspectiva é sustentada, ainda,

no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde (BUSS, 2000, p. 6).

Paim (1997) também compartilha desta opinião, ao chamar atenção para o fato de que as condições de vida vão além das condições materiais de sobrevivência e do estilo de vida, incluindo não apenas os aspectos relacionados com o poder aquisitivo na esfera individual, mas também às políticas públicas que buscam garantir o atendimento às necessidades básicas para a sobrevivência, agregando dimensão política a esta categoria.

Desta forma, saúde, qualidade e condições de vida são tratadas, quando visto no sentido ampliado, na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de ‘promoção de saúde’ seu foco mais relevante. Entende-se desta forma, que a ótica da promoção da saúde possibilita que estas dimensões sejam compreendidas como condicionantes e determinantes dessa saúde.

“Sob o patrocínio da Organização Mundial da Saúde o ideário da ‘promoção à saúde’ vem, desde suas origens, tendo uma crescente influência nas políticas públicas de distintos países” (CARVALHO, 2004, p. 2).

A promoção a saúde é uma abordagem que tem contribuído para a renovação do pensamento sanitário contemporâneo buscando contrapor-se ao modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo que dominou o pensamento sanitário nas últimas décadas. Resgata de alguma maneira o papel dos determinantes sociais no processo saúde/doença, presente no ideário da medicina social do século 19, defendendo ações que levam em conta a importância da articulação intersetorial, das abordagens interdisciplinares e da participação social (CARVALHO, 2004, p. 10).

A compreensão da Promoção da Saúde e da qualidade de vida pressupõe o reconhecimento do imperativo ético de responder às necessidades sociais no marco dos direitos universais fundamentais. A resposta às necessidades sociais derivadas dos direitos sociais se totaliza no enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e qualidade de vida. “A identificação destas necessidades sociais reivindica uma ação coletiva participativa dentro de contextos específicos que evidenciam a complexidade de sua determinação e ilumina as potencialidades daquele contexto social em tela” (WESTPHAL, 2006, p. 663 apud ABRASCO, 2003).

2.2 CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE MENTAL

A mudança de paradigma na atenção em saúde mental que vem sendo consolidada produz o entendimento da saúde/doença como processo social e, coerentemente, em práticas assistenciais de desinstitucionalização. Porém, a história nos mostra que nem sempre foi assim.

Os conceitos de saúde e doença sofreram uma evolução, também no que se refere à saúde mental. Até o século XVIII a loucura estava ligada a uma concepção místico-religiosa. A partir deste período, em meio a descobertas significativas no campo da biologia, física e química, a medicina passou a postular que a loucura é determinada por causas físicas e procura no substrato orgânico a sua origem. “Mas a postura médica de recusar qualquer ‘filosofia’ ou uma visão ‘passional’ da loucura impõe a procura das mudanças orgânicas subjacentes ao delírio e ao comportamento desviante” (VIETTA, et. all, 2001).

Neste contexto, no final do século XVIII, surge Pinel, seguido de Esquirol e emerge uma teoria moral sobre a loucura.

Baseado nas teorias de Locke e Condillac, Pinel concebe a loucura como doença moral: não é no órgão que se localiza a origem da maior parte das doenças mentais, mas no desarranjo das impressões sensíveis responsáveis pela produção de idéias e vínculo com a realidade, o que por si acarreta a ocorrência de comportamentos imorais [...] como o desarranjo perceptivo é causado por fortes paixões vividas pelo sujeito, o ambiente do tratamento e as atividades terapêuticas deveriam ser adequados ao restabelecimento da racionalidade (VIETTA, et. all, 2001, p. 5).

Entretanto, as teorias morais da doença foram cedendo lugar à noção de lesões anatomopatológicas, e no final do século XIX, a loucura está inserida totalmente no discurso médico organicista.

Embora esta abordagem tenha fracassado para o esclarecimento e etiologia da maioria dos distúrbios mentais, foi amplamente adotada. Acreditando que os distúrbios mentais se baseavam em mecanismos biológicos específicos, deu-se grande ênfase ao estabelecimento do diagnóstico correto, para o qual utilizou-se um sistema reducionista de classificação (VIETTA, et all, 2001, p. 6).

A noção de saúde como anormalidade e de doença como ruptura dessa normalidade, expressa a influência do positivismo-funcionalista, que desde a concepção da teoria das relações entre normal e patológico, quando a doença passa a ser objeto de estudo da ciência, concebe a doença como desarmonia, como resultado da perturbação de um estado de regularidade e de equilíbrio.

No século XX, com o contínuo esforço na busca de um bacilo causador da esquizofrenia, o modelo médico psiquiátrico, entra em declínio, devido ao fato de não conseguir apresentar resultados que comprovassem seus pressupostos.

Foi neste período que começaram a surgir as primeiras abordagens acerca “das relações das doenças mentais com os fatores ambientais e sociais, descobriu-se a necessidade de não apenas lidar com as raízes biológicas dos problemas mentais, mas também com os fatores sociais” (Vietta, et all, 2001, p. 7). A autora acrescenta, que é neste período que surge a psiquiatria social, que passa a descrever as estruturas sociais como fatores geradores de doença, estando nesse ponto os alicerces do movimento de saúde mental e da antipsiquiatria.

Esse aspecto pode ser observado com maior relevância, a partir do momento em que a Reforma Psiquiátrica, a partir da influência da experiência italiana, assume o objetivo de ir além da transformação da assistência em saúde mental. Ultrapassando esse campo, quando questiona o conceito de doença mental e as práticas que fundamentam o saber psiquiátrico, buscando a sua desconstrução. Essa afirmativa é reiterada por Yasui (1999, p. 167),

A crítica radical à psiquiatria tradicional, efetuada desde os anos setenta, produziu uma mudança na concepção do objeto, focada exclusivamente na doença, com uma decorrente prática centrada quase que exclusivamente na figura do médico, para uma concepção que supera as dicotomias saúde/doença, individual/coletivo, entendendo a saúde mental como um campo complexo, composto por uma rede de fatores sociais, psicológicos, culturais e biológicos. Nessa concepção, não se busca a preponderância de um determinado fator sobre o outro, ao contrário, trata-se de tomar o drama do existir humano em sua complexidade.

Nas últimas décadas, os estudos epidemiológicos têm contribuído de forma significativa para uma melhor compreensão da relação entre os fatores sociais, ambientais, culturais e econômicos e a origem e o curso dos distúrbios psiquiátricos.

A Organização Mundial da Saúde-OMS (2001), coloca que os problemas de saúde mental são semelhantes a muitas doenças físicas, pelo fato de resultarem de uma complexa interação de vários fatores.

A evidência científica moderna indica que os transtornos mentais e comportamentais resultam de fatores genéticos e ambientais ou, noutras palavras, da interação da biologia com fatores sociais. O cérebro não reflete simplesmente o desenrolar determinista de complexos programas genéticos, nem é o comportamento humano mero resultado do determinismo ambiental (OMS, 2001, p. 4).

Estudos mostram, por exemplo, que a exposição a estressores durante o desenvolvimento inicial está associada com a hiperatividade cerebral persistente e ao aumento da probabilidade de depressão numa fase posterior da vida OMS (apud HEIM et al., 2000).

A OMS, no ano de 2001, desenvolveu um relatório sobre a saúde mental no mundo, conhecido como: Saúde Mental, Nova Conceção, Nova Esperança. Neste relatório são abordados diversos aspectos referentes ao tema, dentre eles, os fatores determinantes da saúde mental.

Entendendo que as causas da maioria dos transtornos mentais são resultantes de uma complexa relação de fatores biológicos, psicológicos e sociais, esse relatório, detalha de que forma cada um destes fatores pode interferir no processo saúde/doença da população.

Referente aos fatores biológicos, são colocados que idade e sexo estão associados com transtornos mentais e comportamentais, assim como, na esquizofrenia a anormalidade na maturação dos circuitos neurais podem produzir alterações detectáveis na patologia no nível das células e dos tecidos grossos, as quais resultam no processo incorreto ou mal adaptativo de informações (OMS, 2001). Outro exemplo, é o da dependência química de substâncias psicoativas, que podem ser encaradas em parte como resultado de plasticidade sináptica mal adaptativa, ou seja, resultam da ação das drogas, ou da experiência, e podem produzir alterações de longo prazo no pensamento, na emoção e no comportamento.

Entretanto, este relatório conclui que, “ademais, é possível que a predisposição genética ao desenvolvimento de determinado distúrbio mental ou comportamental se manifeste somente em pessoas sujeitas a certos estressores que desencadeiam a patologia ” (OMS, 2001, p.6).

Aspectos psicológicos também são dados como fatores determinantes. Exemplificam através da importância decisiva do relacionamento com os pais e outros provedores de atenção durante a infância. O cuidado afetuoso, atento e estável permite ao lactente e à criança desenvolver normalmente funções como a linguagem, o intelecto e a regulação emocional (OMS, 2001, p. 7). Acrescentam ainda, que “certos tipos e transtornos mentais e comportamentais, como a ansiedade e depressão, podem ocorrer em consequência da incapacidade de se adaptar a uma ocorrência vital estressante”.

Concernente aos fatores sociais, a OMS estabelece a associação entre de fatores sociais, como a urbanização e a pobreza com o desenvolvimento de transtornos mentais. Entretanto, chama atenção que nem sempre as consequências das alterações sociais para a saúde sejam as

mesmas para todos os setores da sociedade. “As mudanças geralmente exercem efeitos diferenciais baseados no status econômico, no sexo, na raça e na etnia” (OMS, 2001, p. 8).

A natureza da urbanização moderna pode ter consequências deletérias para a saúde mental, devido à influência de estressores maiores e de eventos vitais adversos mais numerosos, como por exemplo o congestionamento, a poluição do meio ambiente, a pobreza e a dependência comum em uma economia baseada no dinheiro, com altos níveis de violência ou reduzido apoio social (OMS, 2001 apud DESJARLAIS et al., 1995).

É importante frisar que apesar do Relatório desenvolvido pela OMS apontar as causas da doença mental, o mesmo não aborda as origens destas causas, desta maneira não avança em uma perspectiva mais crítica dos males desencadeados pelo modelo econômico adotado.

Como podemos apreender, existe uma relação complexa entre condições de vida e saúde mental. Neste sentido, o relatório aborda a questão da pobreza como um aspecto mais diretamente ligado a esta relação. Conceituada de forma estrita, “pobreza é a falta de dinheiro ou de posses materiais. Em termos mais amplos ela é abordada, como um estado em que não se dispõe dos meios suficientes, podendo incluir-se nisto a falta de recursos sociais e educacionais” (OMS, 2001, p. 8).

A pobreza e as condições associadas a ela, como é o caso do desemprego, do baixo nível de instrução, da privação e do desabrigo, estão sendo uma realidade tanto dos países periféricos, quanto dos países ricos. Conforme é apontado pela OMS (2001), os que vivenciam condições de vida menos favoráveis, apresentam prevalência maior de problemas relacionados à saúde mental, inclusive transtorno de uso de substâncias.

Uma grande dificuldade apontada no papel dos determinantes da saúde mental, encontra-se na possibilidade de causalidade bidirecional associada a estes eventos. “Fatores ambientais desfavoráveis estão sabidamente associados ao aparecimento e/ou à maior severidade no curso de grande parte dos distúrbios psiquiátricos. Por outro lado, a doença mental pode provocar uma série de prejuízos sociais na vida do indivíduo, como baixo nível educacional, desemprego, ruptura de relações pessoais, etc.” (LOPES, et al., 2003, p. 3).

Esses dois mecanismos, porém, não se excluem um ao outro: um indivíduo pode ser predisposto a um transtorno mental devido à sua situação social, enquanto outro que apresenta transtornos pode estar enfrentando uma privação maior pelo fato de estar doente. [...] não havendo apoio social disponível, como freqüentemente ocorre nos países em desenvolvimento, não havendo

organismos de bem estar social organizados, o empobrecimento se verifica com bastante rapidez (OMS, 2001, p. 9).

Outros fatores como condição sócio-econômica, gênero, e neste caso a prevalência de casos entre as mulheres, violência, racismo, avanços tecnológicos, mídia, uso de substâncias químicas (OMS, 2001), são abordados como fatores que acabam determinando no processo de adoecimento da população. Isso pode ser agravado pela falta de serviços de saúde mental, combinada com as barreiras enfrentadas por certos grupos sócio-econômicos no acesso a atenção.

Este contexto incide, em geral, nos comportamentos e relações sociais dos sujeitos, gerando situações de incerteza, de crises de identidade, de participação, de representação, produzindo, desta forma, mal estar e adoecimento psíquico no ser humano, constituindo novas demandas em saúde mental, a partir de novas formas em que se manifesta o sofrimento psíquico (CUSTO, 2003, p. 1).

Desta forma, ao trabalharmos com a saúde mental dentro da perspectiva de “ampliação do conceito de saúde, incluindo em seus determinantes as condições gerais de existência” (Costa-Rosa et al, 2001), é necessário atentarmos para a totalidade da existência humana. Neste sentido, o desafio imposto, é a formulação de práticas que incidam no âmbito dos determinantes, compreendendo que a saúde mental tem suas raízes no âmbito da reprodução social.

A I Conferência Nacional de Saúde Mental trouxe como um dos pontos de pauta a Proposta de ampliação do conceito de saúde, incluindo em seus determinantes as condições gerais de vida. [...] na Segunda Conferência de Saúde Mental a ênfase na crítica ao modelo econômico, que está na raiz dos problemas de saúde, foi substituída pela necessidade de colocar em curso o processo, já iniciado, de transformação das práticas de atenção em saúde mental (COSTA-ROSA, et al, 2001).

O movimento da Reforma Psiquiátrica, que vem influenciando em alguns países as políticas nacionais de saúde mental, está intimamente ligado com o conceito ampliado de saúde, ao entender que as condições de vida acabam determinando a saúde mental da população. Este entendimento decorre do fato de que, foi a partir do conhecimento sobre as relações dos transtornos mentais com os fatores como os ambientais, sociais, culturais e outros que descobriu-se a necessidade de não apenas lidar com as raízes biológicas dos problemas mentais, mas também com os fatores sociais, econômicos e culturais.

A emergência desses novos conceitos está vinculada a desconstrução das concepções e práticas institucionalizadas, buscando o entendimento e a elaboração de propostas na perspectiva da desinstitucionalização da assistência em saúde mental. Entendemos desta forma, que o desafio para a formulação de práticas que incidam no âmbito dos determinantes é compreender que a saúde mental também tem suas raízes no âmbito da reprodução social.

Desta forma, refletir acerca da saúde mental enquanto campo de conhecimento e de prática inseridos num contexto fronteiriço requer a apreensão da realidade política, econômica e social desta região, tendo em vista ser esta área dotada de particularidades que acabam sendo determinantes na saúde desta população.

2.3 FRONTEIRA: TERRITÓRIO VIVO

A abordagem realizada neste capítulo evoca a necessidade de repensar a fronteira tendo como perspectiva analítica às condições de vida como determinantes sociais de saúde. Desta forma, a fronteira neste tópico é avaliada a partir dos determinantes sociais de saúde, ou seja, a complexidade da organização social que representa. A importância de se pensar a fronteira nesta perspectiva analítica decorre da característica própria que lhe é peculiar, ou seja, estamos pensando a fronteira não nela mesma como estudo teórico, mas como espaço de análise que integra diversos fenômenos sociais, econômicos e culturais, portanto, como realidade que deve ser pensada a partir de suas especificidades e particularidades que a caracterizam como um local único.

Refletindo o caráter histórico e social da saúde e partindo de uma concepção ampla do processo saúde/doença e de seus determinantes, a identificação das políticas e da rede de atenção em saúde mental na fronteira estudada, evidencia os mecanismos adotados no enfrentamento das problemáticas geradas pelos determinantes sociais de saúde.

O entendimento ampliado do processo saúde/doença poderá resultar, conforme SEIDEL e ZANNON (2004, p. 10).

em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença, o que pode ser de grande valia para a superação de modelos de atendimento eminentemente biomédicos, que negligenciam

aspectos socioeconômicos, psicológicos e culturais importantes na ação de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação em saúde

Desta forma, ao apontar-se a relação das condições de vida sobre a saúde mental da população, há referência à influência direta de determinantes sociais na saúde, e que estes interferem de forma positiva ou negativa na saúde de uma dada população. Portanto, a apreensão de que a saúde mental sofre influência de diversos determinantes sociais, é essencial, quando inserimos esse debate num contexto específico de fronteira, tendo em vista a complexidade de fatores e particularidades que envolvem e caracterizam essas áreas. Pois de acordo com (Silva, 2006), a fronteira deve se entendida “enquanto um fenômeno constituído por processos sociais que envolvem, no seu entorno, questões geográficas, políticas, jurídicas, sociais e culturais”..

Assim, entende-se a fronteira, como um ‘território vivo’ (Milton Santos, 2000), em que as relações dos homens e a natureza se dão (sejam elas familiares, de trabalho, lazer, educação), e são ambientes que podem e devem ser favoráveis à saúde.

Em diversas áreas do conhecimento, vem ocorrendo uma preocupação sobre a fronteira, porém, vêm sendo remetidos significados distintos que variam entre duas perspectivas: uma tradicional e outra crítica. A perspectiva tradicional atribui a fronteira um conceito ligado mais à demarcação do solo, território e a apropriação desse espaço pelo homem. Já a visão crítica, concebe a fronteira fundada numa visão de território enquanto “espaço social que, para além do uso desse espaço incorpora a territorialidade, enquanto certo tipo de interação entre o homem e o espaço mediatizada pelo espaço” (SOUZA, 2000, p.99).

Peiter (2005), assinala que o interesse pelo tema que envolve as fronteiras estaria relacionado às mudanças políticas, econômicas e tecnológicas mundiais e, dentre elas, se identifica à necessidade de redefinição do papel do Estado nas relações entre limites, fronteiras e territórios. Nesta redefinição deriva metáforas tais como o desaparecimento das fronteiras, a porosidade da fronteira e o papel da mesma na construção de identidade sócio-espacial.

Porém, além destes fatores um outro aspecto pode ser acrescentado, quando o autor ressalta que as fronteiras em geral nascem como áreas periféricas, que engendram desigualdades. Esse outro aspecto ressalta a fronteira enquanto envoltório de um conjunto de instituição, práticas, sujeitos e modos de vida que se dão de forma particular naquele lugar e não em outro (PEITER, 2005). Essas características peculiares de regiões fronteiriças são entendidas como espaços de conflitos e solidariedades onde emergem possibilidades e limites para os que residem

nestas áreas. Acredita-se, também, que a relação de diferentes fatores identitários, culturais, sociais, morais, religiosos e econômicos, como é o caso destas regiões, acabam sendo constantemente diluídos pela formação de novas relações sociais que se constroem e reconstróem na dinâmica local, contribuindo no desenvolvimento e surgimento de problemas referentes a saúde mental de seus moradores.

Fronteras y espacios transfronterizos que contienen las viejas marcas y que ahora podrían ser más cercanas, rodean lo individual y familiar, procesos que llegan o lo local o que integran lo regional y nacional, del cual surgen nuevos contenidos materiales y sociales y políticos em los territorios periféricos (CAMMARATA, 2004, p.2).

Verifica-se que para a autora, a fronteira está pautada numa visão de território que rompe com a abordagem tradicional, que reduz esse conceito a uma dimensão jurídico-administrativa, de áreas geográficas delimitadas e controladas pelo Estado, para incorporar uma perspectiva de território enquanto um produto de processos sociais de dominação e apropriação dos espaços físicos por agentes não estatais (SILVA, 2006, p. 68).

[...] el aspecto central del análisis de la dinámica fronteriza deja de ser la existencia de una región ou una identidad cultural fronteriza y adquiere relevancia el estudio de prácticas sociales que logran articularse desde las diferentes sociedades nacionales. Esta perspectiva posibilita el análisis histórico de las relaciones de vecindad sin dejar de lado las consecuencias jurídico-políticas e ideológicas que una línea corpóreamente inexistente – como el límite – puede tener em el ámbito internacional y local (CHINDEMI, 2000, p.78).

Desta forma, torna-se necessário pensar a fronteira de forma ampliada, adequando-a às novas configurações geopolítica e espacial gerados pelo fenômeno da globalização, o que implica em definir a fronteira com uma visão um pouco mais condizente com a realidade contemporânea. Este novo enfoque pode ser identificado através de Sarquis (1996, p. 60) quando à define como “amplas franjas territoriais de um lado e de outro das linhas de demarcação geográficas políticas, na qual convivem populações com particularidades próprias que as diferenciam de outras partes dos territórios nacionais”.

Este aspecto é reiterado por Guimarães (2005, p. 18) quando define a fronteira como “espaços com particularidades institucionais e de práticas sociais. Assim nas bordas dos países os

limites são territórios dinâmicos que constituem processo de troca espacial, socioeconômica demográfica e cultural específico”.

Nesta perspectiva, a fronteira não pode ser pensada somente enquanto espaço geográfico, pressupondo em primeiro plano a existência de uma unidade federativa ou um Estado, mas deve ser concebida a partir dos processos sociais que deste espaço se originam, na qual as identidades nacionais são diluídas, onde mais que a diferença de língua e cultura, dá-se à convivência cotidiana entre os sistemas políticos, monetários, de segurança, de proteção social, etc., geradoras de contradições entre a realidade local, regional e do conjunto de normas e práticas dos países (GUIMARÃES, 2005).

2.3.1 Foz do Iguaçu e Ciudad del Este: um espaço fronteiriço

O conceito ampliado de fronteira define a realidade cotidiana da fronteira de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, que pode ser apreendido por particularidades distintas influenciadas pela organização do espaço, base econômica e fluxo inter/transfronteira que proporcionam características particulares à formação de uma identidade cultural e fronteiriça (MULLER, 2005). Entendendo a mesma, como dinâmica e como espaço de trocas de diferentes fatores como sociais, econômicos e culturais, apreende-se que as diversas manifestações da saúde mental, como alcoolismo, depressão, transtornos comportamentais, por exemplo, podem estar cotidianamente, direta ou indiretamente presentes na vida dos cidadãos que lá vivem, pois como veremos a seguir, este local apresenta uma realidade que lhe é peculiar.

Nesta fronteira, a influência dos dois países ultrapassa as barreiras, cruzam os limites, por vezes de forma silenciosa e de outras conflituosas dando materialidade ao fenômeno social fronteira “tornando-a ‘viva’, porosa diluída, borrada e extremamente dinâmica a partir da ação do homem” (MULLER, 2005, p.2).

O trânsito desses estrangeiros sempre foi livre e constante entre as cidades vizinhas da fronteira, Foz do Iguaçu, Ciudad del Este e Puerto Iguazú. Assim, observamos que nessa fronteira as inter-relações culturais, econômicas, sociais e políticas não poderiam ser senão de tal frequência e intensidade que costumes, experiências, gostos, moedas e língua se intercambiavam e se misturavam, num hibridismo digno de uma mini-Babel do Século XXI. Ou, quem sabe uma reedição tardia, talvez uma caricatura da tradição do século XIX, num espaço de fronteira onde de fato a fronteira inexistente, onde tudo é possível, desde

transitar, até engajar-se no mercado de trabalho, passando por usufruir e transmitir diversas culturas (CATTA, 2002, p.30).

Para a população que reside nestes dois locais, a fronteira nunca existiu, e esta situação acabou por desencadear um novo complexo urbano no qual as esferas da vida em sociedade aprofundaram neste local a transnacionalização. Este aprofundamento ocorreu devido à facilidade do trânsito inter/transfronteira decorrentes do livre acesso e circulação tanto de pessoas, como de mercadorias etc. Como consequência da transnacionalização, esse espaço passou a contar com um alto índice de indivíduos binacionais ou transfronteiriços, em que, os binacionais são aqueles cujo domicílio está situado de um lado da fronteira, mas que por motivos diversos transita permanentemente entre fronteiras; Já os transfronteiriços são cidadãos ou famílias compostas da mesma nacionalidade, mas que vivem de lados diferentes da fronteira (brasileiros que residem no Paraguai e vice-versa) (ASTORGA, 2004, p.29).

Pode-se dizer que a comunidade ou sociedade fronteiriça apresenta uma organização da vida social diferenciada das demais cidades situadas fora da área de fronteira, uma vez que, a sua constituição é marcada pelo trabalhador binacional, pessoas que labutam de um lado da fronteira, mas que residem do outro. O consumidor binacional que satisfaz a suas necessidades em função do preço dos produtos que oscilam de acordo com câmbio monetário de cada país; o estudante binacional, que mora de um lado da fronteira, mas translada para o outro, para freqüentar o ensino fundamental, médio ou superior. Tem-se, assim, as famílias binacionais compostas por membros de diferentes nacionalidades e; famílias trans-fronteiriça, aquelas compostas por membros de uma mesma nacionalidade mas que alguns de seus membros habitam em lado diferente da fronteira e por fim a família binacional trans-fronteiriça que é aquela formada pelo mix família binacional e trans-fronteiriça, as mais presentes e freqüentes nos núcleos paraguaios (ASTORGA, 2004, p. 28).

Desta forma, esta região pode ser caracterizada como,

um conjunto *sui generis* que mescla nações, raças, línguas, costumes e moedas que convivem em harmonia. Assim a integração, faz parte do dia-a-dia dessas cidades de tal sorte que parece não haver fronteiras. De maneira geral as pessoas transitam como se estivessem no seu próprio bairro, bastando portar um documento de identidade que muitas vezes não é preciso exibi-lo (ACIFI, 2002, p.3)

É importante assinalar que foi através da construção da Usina Hidroelétrica Itaipu - UHI, que esta fronteira passou ceder lugar a novas estruturas que passaram a moldar rapidamente esta região a partir das novas relações sociais produzidas.

A construção da UHI gerou um súbito aumento do trânsito de sujeitos binacionais e transfronteiriços alterando significativamente o panorama dos municípios de Foz de Iguaçu e Ciudad del Este, pós 1973, em especial a infra-estrutura, sem capacidade administrativa e nem geográfica para atender a essa nova realidade. Deste modo, as distintas expressões da questão social, (como a marginalização, prostituição, aumento das invasões urbanas em áreas de preservação ambiental, narcotráfico, consumo de drogas ilícitas dentre outros), foram se potencializando e intensificando o trânsito transfronteira atingindo todas as esferas do cotidiano da população residente neste local (SILVA, 2006). Esta afirmação é reiterada por Catta (2000), quando o autor assinala que o resultado da modernidade implantada pela Usina Itaipu é,

aquilo que mais marcante sobrou como herança da implantação daquele projeto para a cidade e sua população: a transformação do espaço urbano de forma radical e abrupta; a emergência de uma população pobre, que passou a buscar alternativas de sobrevivência através de empregos informais, de expedientes ilegais, que desembocam num incremento significativo da criminalidade. (CATTÁ, 2002, p.21).

A construção da UHI promoveu um crescimento desordenado dessa fronteira, de tal forma que descaracterizou tanto seu nível espacial quanto cultural.

A busca de melhores condições de vida e de trabalho, induzida pela fantasia da riqueza fácil num lugar onde o ilícito é permitido, não criou nas pessoas que para aqui vieram, uma preocupação com a criação de laços e raízes na cidade, não havia qualquer compromisso com o espaço que habitavam, pois entendiam estarem somente de passagem (SILVA, 2006, p. 88).

A autora assinala, ainda, que as pessoas que acabavam não sendo absorvidas pelo mercado formal de trabalho devido a falta de qualificação da mão de obra, recorriam ao trabalho informal e, também, as transgressões legais para garantir a sobrevivência.

Acrescenta-se, que as características do trabalho em usina em muito contribuíram para o agravamento dessa situação vivida na fronteira. O trabalho em barragens cria uma categoria *sui-generis* de trabalhadores que são nômades por excelência, pois se mudam em função de novos

projetos barragísticos, entendendo que estas obras tem um certo tempo de duração (CATTA, 2002).

Essa situação levou ainda a expansão do comércio de fronteira que elevavam os lucros comerciais da Ciudad del Este (estimulado basicamente por árabes, coreanos e chineses) que passaram a investir na cidade de forma especulativa (CATTA, 2002).

A construção social e econômica desencadeada em grande medida pela construção da Usina Hidroelétrica Itaipu, acabou alterando em grandes proporções o cotidiano dos habitantes dos dois municípios e inseriu novos sujeitos no contexto local. Novas formas de relação e convivência foram sendo introduzidas neste novo cenário através da migração de trabalhadores de diversos Estados e também de outros países vizinhos. Estes novos moradores foram habitando Ciudad del Este e Foz do Iguaçu, passando a dar nova característica as mesmas, como frisado anteriormente.

Paralelamente, registrou-se a otimização de fatores que através de suas manifestações interferem diretamente na saúde mental das pessoas. Alguns destes fatores podem ser indicados como tráfico de armas e de drogas, contrabando, urbanização, invasões urbanas, grupos organizados que apóiam-se em poderosos sistemas de circulação e troca de produtos ilegais (drogas, armas e lavagem de dinheiro), veloz circulação financeira, de produtos e de pessoas. As expressões destes fatores são traduzidas de diversas formas como alto índice de pauperização, uso de substâncias psicoativas como álcool e outras drogas a violência em suas diversas manifestações¹⁵, crescimento desordenado, desemprego e prostituição, que ocorre em uma conjuntura de crescente desemprego e exclusão social, cultural e moral da maioria da população que lá vive.

Este aspecto pode ser explicado, também, pelo fato de Brasil e Paraguai estarem classificados como países em desenvolvimento, dependentes, com poucos segmentos incorporados à economia global e grande parcela da população marginalizada do processo. “Uma pequena parcela da população tem acesso a uma proporção substancial da crescente produção de bens e serviços, ao passo que uma proporção muito grande é forçada a sobreviver com o restante” (WESTEPHAL, 2006, p. 661).

¹⁵ A tipologia proposta para a classificação da violência pelo Relatório Mundial da OMS (2002), categoriza o fenômeno a partir de suas manifestações empíricas: 1) violência dirigida contra si mesmo; 2) violência interpessoal; e 3) violência coletiva. Esse mesmo relatório classifica também a violência estrutural, referindo-se aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as desigualdades sociais, de gênero, etnia. A maioria da violência tem sua base na violência estrutural. Referente a natureza dos atos, estes se expressam em físicos, psicológicos, sexuais e envolvendo abandono, negligência ou privação de cuidados.

Esta realidade conflituosa acirra, em Ciudad del Este e Foz do Iguaçu, a questão social, sobretudo o desemprego, a desigualdade e os anseios frustrados da juventude que demanda oportunidades de vida e consumo, gerando assim, um espectro de múltiplos problemas de saúde. No entanto, algumas das peculiaridades desta fronteira, anteriormente citados (tráfico, contrabando, trânsito livre entre a fronteira e entre outros) vão sendo culturalmente naturalizadas, constituindo um ambiente sócio-econômico e cultural adverso a promoção da saúde mental.

Esta complexidade de fatores que envolvem a realidade da fronteira estudada, associada ao abandono por parte dos governos dos dois países, na implementação de políticas públicas específicas para estas regiões, acaba incidindo diretamente nas condições de vida das pessoas que lá residem e, conseqüentemente na saúde dos mesmos. Pois as particularidades destas regiões acabam otimizando expressões da questão social, gerando uma demanda que estes municípios, apenas com seu orçamento anual e sem um incentivo governamental, não conseguem suprir. Demanda esta, decorrente do agravamento das questão social do próprio município, mas também da procura pela população do país vizinho (ambos os lados) que acabam criando meios para que possam estar recebendo atendimento fora de seu país de origem. Essa situação faz com que os serviços se sintam pressionados a realizar o atendimento sem que, no entanto, tenham condições técnicas e recursos financeiros para o mesmo¹⁶.

Mediante o exposto pode-se então classificar essa fronteira, como uma “fronteira viva”, denominada por Padrós (1994, p.76) como, “caracterizadas por uma presença demográfica relativamente importante e por uma estrutura social complexa”. As relações e processos sociais construídos nesse espaço derivam da forma de organização e fortalecem as economias locais e regionais levando a população fronteiriça a criar estratégias para sobrevivência nestas regiões. Porém, tendo em vista, que as pessoas consideram a fronteira inexistente em seu dia a dia, ao solicitarem atenção em saúde e em outros serviços assistenciais fora de seu país de origem, a realidade lhe é imposta pela nacionalidade, o que acaba penalizando ainda mais a perda de identidade devido a sua condição de morador fronteiriço.

¹⁶ Com vista ao enfrentamento dessa situação, associado a algumas ações e serviços de saúde na fronteira, foi instituído em 1998 o Comitê da Tríplice Fronteira. Este é fruto de uma iniciativa local de trabalhadores da saúde da Argentina, Brasil e Paraguai, objetivando abordar em conjunto temas de prevenção e controle de problemas de saúde, focados principalmente nos surtos e endemias. Outra iniciativa criada na região da fronteira, visando a formulação de estratégias para o enfrentamento da não garantia de atendimento as demandas e necessidades de saúde daquela população, é o Grupo de Trabalho Itaipu Saúde (GT Itaipu /Saúde). Este grupo é compromisso firmado pela UHI no ano de 2003, com a missão de gerar energia elétrica com responsabilidade social.

Nas fronteiras nacionais, os laços de fraternidade e as assimetrias são elementos presentes no dia-a-dia da comunidade fronteiriça, em que se constata a inexistência desta linha demarcatória com todas as suas adjacências para algumas questões. Pois a aparente facilidade do trânsito interfronteiras torna-se complexo quando se refere ao acesso à esfera pública de qualquer um dos países, mais especificamente o acesso às políticas públicas. Nesta dimensão a fronteira adquire um outro sentido, envolto de concepções teórico-conceituais e jurídico-políticas que interferem diretamente na vida dessas populações e, em especial, no caso da fronteira Brasil com o Paraguai (SILVA, 2006, p. 84).

Constata-se que as formas encontradas pela população para inclusão no sistema público de saúde expressam conforme aponta Silva (2006, p. 103), “ausência da garantia dos direitos sociais mediante a adoção e a criação de políticas sociais públicas as quais engendram em seu nascedouro ações e serviços de saúde que atendam as necessidades demandadas pela população fronteiriça”.

Desta forma, justamente as regiões fronteiriças acabam vivenciando os efeitos contrários dos acordos estabelecidos entre os países. A fronteira se torna o último lugar a ser beneficiado, pois vivencia diariamente, devido à proximidade espacial, as relações contraditórias e a ausência do Estado na implementação e implantação de políticas efetivas. Especificamente nesta fronteira, é identificado “uma mescla de brasileiros, paraguaios, que transitam e vivem no entorno da fronteira, recorrendo às cidades limítrofes, para satisfação de suas necessidades na área da educação, saúde, justiça e proteção social” (SILVA, 2006, p. 95).

A fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai apresenta uma dinâmica permanente de superação de desafios para a criação de uma identidade fronteiriça, marcada pela diversidade de culturas e modos de ser distintos, afastada do rótulo de comprismo, contrabando, narcotráfico, através da construção cotidiana de estratégias de aproximação entre os homens fronteiriços (SILVA, 2006, p. 80).

Entende-se desta forma que apreender a relação inerente entre condições de vida e saúde e no caso específico deste estudo, entre saúde mental, é fundamental, pois neste momento a dinâmica populacional vem sendo caracterizado pelo aumento da violência urbana, homicídios por armas de fogo, narcotráfico, uso de substâncias químicas. Associado a estas questões, temos o aumento exagerado da urbanização periférica, do fluxo migratório, desemprego, desigualdade social, aumento da pobreza, exclusão social e a conseqüente hipertrofia do setor da economia informal, que acabam determinando as condições de saúde da população.

Esse é o contexto, que ao longo da história vem permeando o cotidiano dos indivíduos de uma forma geral, e que grande parte da população residente em Fóz do Iguaçu e Ciudad del Este. Um cotidiano permeado de dificuldades das mais variadas que vem caracterizando a dinâmica populacional desta região.

O retrato desta fronteira, até então exposto, não é em si uma questão de saúde mental. Porém, transforma-se em problemática para área, porque acaba expondo e afetando a saúde mental individual e coletiva dos moradores daquela região, exigindo para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas públicas específicas e organização de práticas e serviços peculiares ao setor. Entendemos, desta forma, que a área da saúde possui um papel estratégico na constituição de uma rede de atendimento para as demandas resultantes destas problemáticas.

A magnitude destes fenômenos pode ser identificado no Documento da Organização Pan Americana de Saúde realizado em 2004, sobre a violência e a saúde, onde o mesmo aponta que,

A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...] o setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (OPAS, 1994, p.5).

Esse novo perfil no quadro dos problemas de saúde identificado pela OPAS, ressalta o peso dos estilos de vida e das condições sociais, econômicas e ambientais que acabam sendo determinantes no processo de saúde da população. Destacamos, para este estudo, a publicação da OMS (2001) onde o alcoolismo, os transtornos bipolares e a esquizofrenia, além da depressão, representam as principais doenças no grupo de distúrbios mentais. Dos dez principais males que afetam a população mundial de 15 a 44 anos, quatro estão associados a distúrbios mentais.

Entendemos como emergente a discussão da relação entre as condições de vida desta população e a saúde mental da mesma, para assim, ser possível identificar a dinâmica e a estrutura de serviços de saúde mental que foram e vem sendo implantados para dar conta de tal situação. Apontando, desta forma, indicativos subjacentes de como esta sociedade vêm lidando com o usuário destes serviços.

É fundamental entender que esse debate está embasamento em uma concepção ampliada de saúde, onde todas as esferas da vida do indivíduo devem ser consideradas como causa

sofrimento/adoecimento. Portanto, se a concepção do processo saúde/doença, que vem norteando tal política pública, for ampliada e considerar os determinantes sociais, as práticas em saúde mental devem então responder às necessidades ou demandas por saúde mais ampliadas e menos distorcidas do que as necessidades restritas ao âmbito dos resultados do processo saúde/doença (doença propriamente dita), procurando englobar aquelas dimensões que se situam no âmbito dos determinantes sociais, das raízes dos problemas de saúde (formas de inserção no trabalho e na vida dos diferentes grupos sociais, na reprodução da sociedade) (BREIL, 1991).

Neste contexto de complexidade, apreendemos que a fronteira estudada engloba uma variedade de determinantes sociais que afetam direta ou indiretamente a saúde mental da população lá residente, o que pode gerar aumento na demanda, e conseqüentemente a necessidade de uma rede em saúde mental estruturada. Assim, entende-se que esse estudo vem acompanhando o interesse, que ressurgiu na última década, tanto no meio acadêmico quanto na agenda política, no estudo das relações entre condições de vida e saúde. “Vários autores atribuem este interesse renovado às conseqüências deletérias que o processo de globalização teve sobre as condições de vida e a situação de saúde dos povos ocidentais” (BARATA, 2006, p. 458).

3. POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL: BRASIL E PARAGUAI

Tomando por base o exposto no Capítulo I, que resgatou brevemente a trajetória histórica da assistência em saúde mental, enfatizando as transformações desencadeadas por distintas Reformas no setor, neste capítulo, indentifica-se a política de saúde mental no Brasil e Paraguai e como vêm sendo conduzida na área da fronteira, relacionando-a ao processo de desinstitucionalização, abordada no capítulo anteriormente citado.

A Reforma Psiquiátrica inspirada no movimento italiano, denominada atualmente de desinstitucionalização, vem influenciando diversos países, pois a mesma vem sendo preconizada pela Organização Mundial da Saúde-OMS, a partir de um amplo movimento social que ocorreu a nível internacional.

Resultante deste amplo movimento se destaca a Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica nas Américas, realizada em 1990, coordenada pela OMS, sendo um marco na consolidação das diretrizes da reestruturação da assistência psiquiátrica. Neste evento foi aprovada a Declaração de Caracas que, entre outras diretrizes, propunha com ênfase a revisão do papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico e a reestruturação da assistência psiquiátrica no quadro dos sistemas locais de saúde, através da promoção de modelos substitutivos, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais.

Lá Declaración de Caracas es un instrumento de gran valor en lo que se refiere a la promoción de servivios comunitarios y aboga por una atención psiquiatrica participativa, integral, contínua y preventiva donde el hospital psiquiatrico no constituya la unica modalidad asistencial porque [...] crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo [...] (JIMÉNEZ; VÁSQUEZ, 2001, p. 266).

Entre as várias recomendações aos Estados e suas respectivas entidades profissionais, jurídicas e de representação, uma destaca-se por ser incisiva, apontando a necessidade de criação de leis nacionais que protejam e garantam os direitos dos portadores de transtornos mentais.

Tendo em vista o compromisso firmado entre vários países nesta Conferência, entre eles Brasil e Paraguai, na garantia dos direitos e na transformação do modelo de atenção em saúde

mental, foi objetivo deste capítulo resgatar os aspectos jurídico-políticos¹⁷ sobre o tema, ou seja, como é apresentada as formulações legais como Constituição Nacional, Leis, Decretos e Portarias identificando, assim, a concepção de cuidado que esses países vêm assumindo frente aos portadores de transtornos mentais. Somente através do conhecimento destas legislações será possível identificar de que forma e baseado em que, Ciudad del Este e Foz do Iguaçu estruturam sua rede, tendo em vista que estas só podem ser apreendidas quando suas orientações normativas são reveladas.

A inserção da discussão da saúde mental no campo jurídico-político é essencial, não só no aspecto da legislação (criação de leis e portarias que auxiliem o processo de reforma psiquiátrica), mas, principalmente, no de “rediscutir e redefinir as relações sociais e civis em termos de cidadania, direitos humanos e sociais” (AMARANTE, 2001, p. 105).

É importante deixar claro que estes países possuem, no plano legal, sistemas de saúde com características semelhantes, que vêm passando por um processo de alteração na concepção de direito, em face dos processos de ajuste econômico. Existem, entretanto, profundas diferenças na implementação dos modelos de atenção à saúde em que tais sistemas se inspiram, própria da história e cultura de cada um dos países.

3.1 O ANDAR DA PESQUISA

Tendo em vista a preocupação com o rigor metodológico, apresentamos neste capítulo as reflexões sobre as opções realizadas. Optamos por uma perspectiva qualitativa por entendermos que,

a metodologia de pesquisa qualitativa, entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1999, p. 10).

¹⁷ Amarante (2001), ao entender a Reforma psiquiátrica como um processo social complexo, assinala que a mesma articula diferentes dimensões como: epistemológica, teórico-conceitual, jurídico-política e a sócio-cultural.

A pesquisa qualitativa na área da saúde, segundo a mesma autora, tanto no campo teórico, quanto no campo metodológico, apreende a totalidade dos fenômenos sócio-econômicos, políticos e ideológicos que a envolvem e a determinam. Permite, trabalhar, desta forma, com os diversos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes presentes no espaço fronteiriço. Afirmar a inserção da saúde em uma realidade complexa que demanda diversos saberes.

Desta forma, a pesquisa qualitativa aponta uma relação com o método dialético, evidenciando uma articulação entre “o mundo natural e social, entre pensamento e base material, entre objeto e suas questões, entre a ação do homem como sujeito histórico e as determinações que a condicionam” (MINAYO, 1993, p. 12).

Esta investigação pode ser caracterizada como estudo de caso com propósito descritivo do quadro atual da saúde mental na fronteira entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este. A necessidade de usar como estratégia de pesquisa, o estudo de caso, decorreu do entendimento de que somente através desta, apreenderíamos o fenômeno social complexo que é a saúde mental em uma região de fronteira, na sua totalidade. Através deste procedimento, reunimos informações mais detalhadas desta realidade com vistas a apreender a sua complexidade - políticas, redes de serviços, percepções dos profissionais e gestores.

De acordo com Yin (2006), o estudo de caso é um estudo empírico que investiga um fenômeno atual dentro do seu contexto de realidade, quando as fronteiras entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidas e no qual são utilizadas várias fontes de evidência. A vantagem deste estudo, assinalado por Bell (1993), consiste no fato de permitir ao investigador a possibilidade de se concentrar num caso específico ou situação e de identificar, ou tentar identificar, os diversos processos interativos em curso.

Entendemos, que ao considerar neste estudo de caso questões sobre a política e a prática, as mesmas referem-se a política local e nacional de saúde mental. Neste sentido, Keen e Packwood (2005, p. 62), assinalam que “muitas intervenções dependerão tipicamente do envolvimento de diversas partes interessadas no seu sucesso, sendo assim, freqüentemente necessário ser sensível a aspectos de colaboração e de conflito”. Captar estas visões distintas tem mais êxito quando se utiliza estudo de caso, e neste caso específico, através de entrevista e análise documental.

Tendo em vista os distintos objetivos definidos neste estudo de caso, a coleta dos dados empíricos, no que se refere ao processo de desenvolvimento da mesma, a dividimos em dois momentos, visando facilitar a visualização para a coleta de informações:

1. A atualização das políticas de saúde mental, do Brasil e Paraguai, visando identificar tendências da reforma psiquiátrica enquanto processo de desinstitucionalização do portador de transtorno mental;
2. Identificar o quadro atual da saúde mental na região da linha de fronteira, através da rede de serviços oferecidos em saúde mental e pela procura destes serviços pela população local e por estrangeiros;

Nessa perspectiva, os instrumentos e técnicas utilizadas para a coleta das informações, em cada uma das abordagens da pesquisa ocorreram de maneira diferenciada de forma a obter a melhor adequação ao objeto de estudo.

Na primeira perspectiva ocorreu à análise documental através do levantamento de todo arcabouço legal referente à saúde mental nos países que integram a região da fronteira: Brasil e Paraguai. Tal foi realizado através de consulta em *sites* oficiais dos Ministério da Saúde dos Estados Partes, nas páginas da Organização Pan-Americana da Saúde dos Estados Partes, e também em *sites* do MERCOSUL ([http:// www.mercosur.org.py/](http://www.mercosur.org.py/)) e o Sistema de Informação em Saúde do MERCOSUL ([http:// www.mercosulsaude.org/](http://www.mercosulsaude.org/)) mantido pela Coordenação Nacional da Reunião dos Ministros de Saúde do Mercosul e Coordenação do SGT-11 Saúde.

Foi feito um resgate, ainda, em bases bibliográficas de artigos recentes que pudessem estar ampliando as referências sobre as políticas de saúde mental. No entanto, é preciso ter clareza de que nem sempre estes documentos retratam a realidade, deste fator decorreu a necessidade das entrevistas como principal fonte de evidência deste estudo.

O segundo movimento, para identificar o quadro atual da saúde mental na região de fronteira, Foz do Iguaçu e Ciudad del Este, se caracterizou pela nossa inserção em campo para coletar as informações, através de entrevistas com informantes-chaves, da percepção dos mesmos acerca da organização da rede de assistência em saúde mental evidenciando, a tendência que estas políticas vem assumindo em suas práticas cotidianas. Definido por Tobar (2001, p. 98), informantes-chaves são “pessoas com a qual o pesquisador mantém uma relação especial no que se refere ao intercâmbio de informações”.

As entrevistas, tanto individuais quanto grupais, tiveram como eixo estruturante a percepção dos informantes-chaves sobre a realidade da saúde mental, a proposta da

desinstitucionalização que vem sendo desencadeada pela Reforma Psiquiátrica e a relação com o fato desta região ser fronteira.

Partimos do pressuposto de que a escolha destas técnicas para coleta das informações favorece a apreensão da questão, no sentido de que as entrevistas traduzem, através da análise das falas, o cotidiano prático dos informantes-chaves possibilitando informações mais detalhadas e, ainda, revelando aspectos não previstos no início das mesmas. Estas informações, associada ao resgate e estudo da legislação em saúde mental, possibilitam a inter-relação entre os mesmos, o que permite uma identificação mais abrangente do quadro atual da saúde mental nesta região. Porém, apesar de buscarmos uma aproximação da realidade, nos mantivemos em todo o processo com uma leitura crítica dos limites e implicações característicos desse processo.

Considerando que o estudo tratou de identificar o quadro atual da saúde mental na região, as entrevistas objetivaram obter informações acerca das tendências de cada política de saúde mental no cotidiano dos trabalhadores. Esta técnica, dentro dos nossos objetivos, é também a que perfeitamente oferece possibilidades, através das falas dos sujeitos, de identificarmos se há procura desses serviços pela população do país vizinho, tendo em vista não haver nenhum sistema de informação legal de registro destes atendimentos.

Ao considerar a entrevista como um importante instrumento de coleta de informações, Minayo (1999, p. 109), chama a atenção para o fato de que,

a fala [pode] ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas.

Assim, podemos considerar que cada momento de entrevista é único, não podendo haver duas situações de entrevistas iguais, nem com os mesmos sujeitos, nem sobre o mesmo tema, em épocas diferentes e, portanto, cada entrevista possui uma dinâmica e repercussão única entre entrevistado/entrevistador (MINAYO, 1999).

Entendemos desta forma que ao utilizarmos a entrevista como instrumento de identificação do quadro da saúde mental, as mesmas acabaram por proporcionar a obtenção de dados mais profundos desta realidade. Possibilitaram, desta forma, que dados fossem obtidos com

a contribuição de atores envolvidos diretamente no processo de organização, formulação e implementação de políticas municipais nesta área.

Optamos pela entrevista semi-estruturada por esta basear-se em um guia flexível, com perguntas que propiciaram abordar o tema e objetivo pretendidos, sem, no entanto, nos mantermos rigidamente preso a ele. Assim, dá-se maior liberdade ao entrevistador de abordar outras informações ou pistas que surjam eventualmente durante a entrevista. As entrevistas foram divididas em dois momentos: entrevistas individuais e entrevistas grupais.

Iñiguez e Vitores (2004, p. 1), assinalam que a definição dada a entrevista individual é igualmente adequada para a entrevista grupal. Segundo os autores “la mayor parte de aspectos vistos con acasión de lá entrevista individual, son aplicables al caso de las entrevistas grupales (presentación, actitudes, desarrollo, etc)”.

La diferencia entre una entrevista individual e una entrevista grupal es que la individual se realiza en un contexto interindividual y la grupal, en un contexto de discusión grupal. Esta, aunque parezca sutil, es una diferencia crucial e importantísima puesto que se trata de entrevistas al grupo, no a un conjunto de personas, o a una serie de personas. Los fenómenos grupales son cualitativamente diferentes de la adición de los fenómenos, o dicho de otra manera, el grupo es más que la suma de sus partes [...] la entrevista individual el contexto definitorio es la disimetría entre entrevistador y entrevistado, pero en las entrevistas grupales esta disimetría se diluye en un entramado de relaciones de poder (IÑIGUEZ e VITORES, 2004, p. 1).

Para a realização das entrevistas individuais, elaboramos um roteiro (anexo 1), com as perguntas que poderiam nos auxiliar na definição de nosso objeto.

Foram consideradas todas as etapas prévias necessárias a cada entrevista como contato com entrevistados, esclarecimentos sobre a pesquisa, agendamento da entrevista. Levando em consideração preocupações de ordem ética, solicitamos assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (anexo 2) de todas as pessoas envolvidas.

Os informantes-chaves foram escolhidos considerando os critérios seguintes: ser profissional de serviço social e estar inserido na ponta da rede de assistência em saúde mental ou ocupar uma posição de chefia nos sistemas de saúde nos seus municípios. Podemos categorizá-

los como coordenadores de saúde mental, diretores de centro de atenção e profissionais de serviço social¹⁸.

Foi entrevistada em Foz do Iguaçu a Diretora do Centro de Atenção Psicossocial, que atua a dois anos como diretora do Programa e há 23 anos como assistente social no município. Sempre esteve envolvida com a área de saúde mental durante sua atividade profissional.

Outra entrevistada foi com a Coordenadora Municipal de Saúde Mental, que está no cargo desde 2005. Anteriormente, prestava serviços a Secretaria Municipal como psicóloga.

Em Ciudad del Este entrevistamos o Diretor Geral de Saúde da 10ª Regional, nomeado para o cargo em abril de 2005. Outra entrevista realizada foi com o Coordenador Nacional de Saúde da Fronteira – Paraguai¹⁹.

No sentido de complementar as informações, incluímos novos sujeitos de pesquisa, profissionais, coordenadores. Assim, obtivemos informações com o Diretor Financeiro Executivo do Brasil da Hidroelétrica Binacional Itaipu e Coordenador do Grupo de Trabalho Itaipu Saúde (GT Itaipu/Saúde)²⁰, por ter grande conhecimento na área de saúde na região.

É importante informar que no período das entrevistas neste município, foram agendadas entrevistas com profissionais da saúde mental que atuam no Hospital Regional onde se encontra a Unidade de Atendimento nesta área. No entanto, os mesmos apresentaram resistência em participar da pesquisa, não apresentando em nenhum momento interesse em colaborar prestando informações acerca desta temática.

As entrevistas foram realizadas no período de 15 a 25 de julho de 2006. Na cidade de Fóz do Iguaçu, as entrevistas foram realizadas nos locais de trabalho dos entrevistados, ou seja, no

¹⁸ Os serviços de saúde mental na Ciudad del Este e Fóz do Iguaçu, não tinham a mesma denominação. Assim, como também não tinham a mesma denominação de “coordenadores” os técnicos responsáveis. Em Fóz do Iguaçu denominava-se coordenador municipal de saúde mental, o técnico responsável pelo funcionamento de toda a rede que presta esses serviços e, “diretores” os técnicos responsáveis pelos centros de atenção. Na Ciudad del Este não havia nenhuma designação oficial para estas funções, entretanto, não podemos afirmar que estes cargos não existam, tendo em vista que as informações não nos foram repassadas.

¹⁹ A Coordenação Nacional de Saúde da Fronteira, no Paraguai está vinculada o Ministério da Saúde Pública e Bem Estar Social e foi criada em novembro de 2001, através da Resolução Ministerial nº 57. Atualmente está incorporada dentro da estrutura organizacional da Unidade Técnica de Relações Internacionais. Esta Coordenação faz o nexo entre os convênios e acordos de saúde rubricados com os países do Mercosul e associados, objetivando contribuir com a melhora da saúde da população fronteiriça, através de ações conjuntas.

²⁰ O grupo de trabalho Itaipu saúde (GT Itaipu/ Saúde) é uma iniciativa criada na região de fronteira com o compromisso de formular ações e estratégias de enfrentamento da não garantia de atendimento às demandas e necessidades de saúde da população fronteiriça, especificamente de Foz do Iguaçu e Ciudad Del Este.. Emergiu de um compromisso da Usina Itaipu, firmado em 2003, através do qual a empresa assumiu a missão de gerar energia elétrica com responsabilidade social, de forma a impulsionar o desenvolvimento econômico, turístico e tecnológico sustentável na área fronteiriça.

CAPS I (com a Diretora do CAPS) e no CAPSad (com a Coordenadora Municipal de Saúde Mental).

Com os entrevistados de Ciudad del Este, o primeiro contato e a entrevista ocorreram em um evento do Grupo de Trabalho Itaipu Saúde, que estava sendo realizado na cidade e também em evento realizado em Florianópolis, SC, referente a saúde na fronteira.

O tempo médio de cada uma das entrevistas foi de 50 minutos. As mesmas foram registradas em fitas K-7 e posteriormente transcritas.

Consideramos esta etapa da coleta de dados um instrumento importante, pois além de estarmos olhando para a Lei e para os princípios que a norteiam, estávamos, também, apreendendo aquilo que vai, que flui, que se intercala nos interstícios da lei. “Aquilo que nós chamamos de normas, de relações de poder” (COSTA, 1987). Os gestores e profissionais, também são os agentes do processo em curso, ou seja, dos rumos que a Reforma Psiquiátrica vem tendo na atualidade. Atribuímos a este fator a importância da percepção que os mesmos possuem de seu trabalho e de que forma estes profissionais vêm conduzindo suas práticas

Utilizamos a entrevista grupal, por entendermos que a interação entre os profissionais fomentaria respostas mais reflexivas e aprofundadas devido à possibilidade dos profissionais/participantes estarem discutindo acerca do tema proposto. Pois, de acordo com Cotrim (1996), no grupo as pessoas acabam por emitir opiniões sobre assuntos sobre os quais talvez nunca tenham pensado anteriormente.

Realizou-se uma entrevista grupal, formada por três profissionais de Serviço Social que atuam em serviços de Pronto Socorro 24 horas, de distintos bairros de Fóz do Iguaçu, no nível de atenção básica e especializada.

As assistentes sociais, sujeitos da pesquisa, estão vinculadas à Secretaria de Saúde Municipal, com tempo médio de formação de dez (10) anos. As mesmas foram estão vinculadas ao quadro funcional do município via concurso público e desempenham suas atividades no município entre sete (7) e nove (9) anos.

A escolha pelo profissional de Serviço Social decorreu do fato de no seu cotidiano se deparar com as mais diversas expressões da questão social, e estes deveriam estabelecer e articular suas ações com os determinantes sociais. Com este entendimento, esclarecem e orientam a população sobre os seus direitos sociais, materializados através das políticas sociais.

O número de participantes da entrevista foi suficiente para que houvesse discussão e diálogo satisfatório para produzir informação e, também, para possibilitar a participação de todos

de forma aprofundada. Salientamos, que os critérios de participação na entrevista de grupo foi de acordo com os objetivos previamente definidos. A escolha destes participantes, que forma um grupo homogêneo, ou seja, ocupavam a mesma posição de cargo, não havendo nenhuma relação de subordinação entre as mesmas, levou em conta a preocupação de que relações de poder não interferissem no processo. Esse aspecto, associado aos critérios anteriormente expostos foi relevante uma vez que implicou na capacidade de contribuição efetiva para com os objetivos da pesquisa. É importante salientar que todas as convidadas aceitaram o convite no primeiro contato, por partilharem interesses em relação ao assunto, frisando ser essencial estas iniciativas para a política de saúde mental, por sentirem-se “abandonadas” no processo.

A duração do encontro foi de aproximadamente 60 minutos, tendo em vista ter havido uma explanação clara dos objetivos da pesquisa e, também, de termos nos preocupado com a construção de um roteiro adequado (anexo 3). Entretanto, apesar da construção do roteiro, este foi flexível o suficiente para que a discussão transcorresse de forma espontânea o que assegurou que novas questões fossem introduzidas. Esse procedimento, estruturado, e direto da entrevista, possibilitou que as informações necessárias fossem obtidas através de um único encontro.

Verificou-se que a utilização deste instrumento de coleta de dados, devido a sua característica de estimular discussões através da interação grupal, revelou opiniões inéditas, muitas vezes suprimidas pelos profissionais em reuniões de natureza administrativa ou mesmo técnica.

O encontro foi no local de trabalho de uma das participantes, por ser de fácil acesso aos demais e por termos apreendido, durante o agendamento, que os profissionais se sentiriam mais à vontade em um local que fizesse parte de seu cotidiano.

Antes de iniciarmos a entrevista com o grupo, a participante que cedeu o espaço, solicitou aos seus colegas de trabalho que não a interrompesse durante o período, desta forma a porta foi trancada e o telefone tirado do gancho, assim como os celulares foram desligados, o que possibilitou que não houvesse nenhuma interrupção no processo.

Após a abertura, com uma breve introdução e explanação dos objetivos, e a solicitação aos participantes que falassem um de cada vez, demos início com a pergunta introdutória. O encontro foi gravado em fita K7 com a autorização consensual. Nesta etapa, também levamos em consideração preocupações de ordem ética, e assim como nas entrevistas individuais, solicitamos assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” (anexo 2) das participantes.

As entrevistadas apresentaram-se no decorrer do processo com um ritmo muito ativo, o que nos possibilitou uma participação amigável e ativa diante dos mesmos. Assim, nossa tarefa, durante o encontro, foi manter o grupo em interação pelo período previamente determinado (aproximadamente 60 minutos), com a finalidade de obtermos os dados necessários acerca do tema proposto. Para isso, em alguns momentos lançávamos questionamentos no sentido de aprofundar a discussão, e em outros, quando o grupo desviava o assunto, conduzíamos novamente ao nosso objetivo através de questões provocativas.

O encerramento da mesma ocorreu após nos assegurarmos que todas as informações que nos interessava haviam sido abordadas. Assim, foi exposta de maneira sintética, a discussão promovida, com o esclarecimento de algumas dúvidas que ficaram pendentes pelos participantes.

Informamos que não foi realizada entrevista grupal com os profissionais de Ciudad del Este, devido a falta de colaboração à esta pesquisa pelos profissionais deste município paraguaio.

Todo o processo acima descrito foi permeado por diversas dificuldades que devem ser assinaladas. No período da coleta de dados vivenciamos a recusa e a não colaboração em nossa pesquisa, de diversos profissionais da Ciudad del Este. Apesar da explicitação dos objetivos e da importância de estarmos levantando dados acerca da saúde mental da região fronteiriça, os profissionais convidados não aceitaram a participar da entrevista. Estes profissionais são os enfermeiros e médicos psiquiatras, funcionários do Hospital Regional daquela cidade, tendo em vista que a profissão de Serviço Social, não é regulamentada neste país. Após agendamento de entrevista, ao chegarmos ao local, no referido hospital, os mesmos não se apresentavam, apenas nos era informado que estavam em atendimento de emergência.

A ausência de informações sobre a existência de serviços na área, limita a análise neste município. Convém destacar que as informações do setor de saúde no Paraguai, são insuficientes e até mesmo inexistentes, ocasionados também pela deficiência no sistema de informação das instituições públicas.

Além da ausência de informações por um déficit no próprio sistema do país, estas não puderam ser ampliadas de forma a contemplar um reconhecimento mais fidedigno da rede de saúde mental, pois os profissionais do serviço não se propuseram a participar de forma responsável e consciente da pesquisa. Porém, estas dificuldades desvendam e dão indicativos do quadro atual em Ciudad del Este.

Na pesquisa qualitativa utiliza-se frequentemente a expressão análise de conteúdo para representar o tratamento disponibilizado às informações recebidas. Para Minayo (1999), o

pesquisador ao utilizar a análise de conteúdo procura conhecer os sentidos e as significações que não são percebidas num primeiro momento, mas que podem estar presentes num nível mais profundo.

Com a transcrição das fitas, os materiais coletados foram submetidos à análise de conteúdo, primeiramente através da leitura flutuante, a qual consideramos uma fase de sensibilização, de aproximação com os relatos, até termos o domínio dos mesmos.

Os resultados estão consolidados nos capítulos IV e V, através da exposição das legislações de saúde mental dos respectivos países e como é a percepção destes profissionais desta, no plano municipal. Também, a identificação do quadro atual da saúde mental na região estudada, respectivamente, conforme objetivo proposto. Assim, apreendemos de que forma estes municípios estão organizados para a assistência em saúde mental, como também identificamos a tendência que os mesmos vem assumindo no cuidado aos portadores de transtornos mentais, levando em conta a organização social desta região que acaba determinando a saúde mental desta população.

As informações obtidas nas entrevistas serão trabalhadas, também, nestes dois capítulos através das falas dos informantes chaves. Informamos que as falas serão citadas e a identificação das mesmas ocorrerá de forma a preservar o anonimato do participante. Desta forma, os mesmos serão identificados apenas letras iniciais escolhidas aleatoriamente. Informamos, também, que as falas dos entrevistados da língua espanhola, foram traduzidas para a língua portuguesa. Para facilitar a leitura, a fala dos informantes foram grafados em *itálico*.

3.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL

Através da promulgação da Constituição Federal de 1988, o Brasil teve grandes avanços na conquista dos direitos sociais. A partir da Constituição a saúde passou a ser considerada como um direito social, conforme estabelece o Art. 6º, do Capítulo II. Essa conquista é reflexo da luta expressa no movimento da Reforma Sanitária, materializada na VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986.

Desde então, a saúde passou a estar inserida no Sistema Brasileiro de Seguridade Social, juntamente com a Previdência e Assistência Social, compondo uma rede regionalizada, hierarquizada e sob o comando único em cada esfera do governo.

A regulamentação do SUS, expresso nos itens da Constituição de 1988 referentes à saúde, ocorreu através das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Estes dispositivos legais normatizam o funcionamento do SUS e, de acordo com os princípios que regem a Carta Magna, são divididos em princípios éticos/doutrinários, que dizem respeito à universalidade, à equidade e à integralidade, e os princípios organizacionais/operativos, que referem-se à descentralização, à regionalização e ao controle social.

A saúde deixou de ser vista como ausência de doença, centrada até então no modelo hospitalocêntrico de atenção, passando a fazer referência a um conjunto de bens relacionados à qualidade de vida, como aponta a Lei 8.080/90 no seu Art. 3º: “a saúde tem como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país” (Brasil, 1990). Diante desta mudança na concepção de saúde, altera-se também o modelo de atenção em saúde, construindo-se um modelo baseado na integralidade das ações, prevenção, promoção e recuperação da saúde.

A construção de todo esse sistema de saúde ocorreu através das Leis e das Normas Operacionais, que são normatizações ministeriais, elaboradas de forma pactuada entre os três níveis de governo. A Norma Operacional Básica (NOB) de 1996, estabeleceu a Programação Pactuada Integral (PPI), criou o Piso Assistencial Básico (PAB), e previu as novas formas de gestão para Estados e Municípios, principalmente no controle da transferência financeira fundo a fundo, além das redefinições das atribuições de cada nível de governo de dar atenção especial ao controle, à avaliação e à auditoria do sistema, havendo também, uma maior preocupação em relação ao processo de descentralização.

A partir de então, é dever do Estado garantir a saúde, sendo que este deverá formular e executar políticas econômicas e sociais que “visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Brasil, 1990), e é através da formulação e execução destas políticas que se efetivarão os objetivos do SUS.

A organização do SUS define, ainda, que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção, aos quais os demais níveis de complexidade tecnológica (secundário e terciário) devem ser referenciados. Desta forma, a rede de serviços

organizada de forma regionalizada e hierarquizada, possibilitaria maior conhecimento e atendimento dos problemas de saúde da população.

Recentemente, em fevereiro de 2006, foi publicada a Portaria /GM nº 399 que contempla o Pacto firmado entre os gestores do SUS em suas três dimensões: pela vida, em defesa do SUS e de gestão, possibilitando a reforma de aspectos institucionais vigentes, inovando os processos e os instrumentos de gestão, redefinindo, ao mesmo tempo, responsabilidades coletivas por resultados sanitários em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social.

Este Pacto apresenta mudanças significativas para a execução do SUS, decorrentes principalmente, do processo de regionalização e municipalização das ações e dos serviços de saúde que ampliou o contato do Sistema com a realidade social, política e administrativa do país e suas especificidades regionais. Frente a esta necessidade, o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde e o Conselho Municipal de Secretários de Saúde, pactuaram responsabilidades entre os três gestores do SUS a partir de uma unidade de princípios que, entre outros, guarda coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, reforça a reorganização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, agrega os pactos anteriormente existentes, neste caso as NOBs, anteriormente citadas.

Abre-se parênteses para destacar que, na década de 1990, foi verificado um desmonte dos programas preconizados pela Constituição de 1988, em face do contexto do ajuste fiscal e diante das propostas da Reforma do Estado. Este desmonte pode ser identificado através das privatizações dos serviços públicos, da focalização das ações aos grupos empobrecidos, e pela transferência da responsabilidade e dos encargos para os municípios, muitas vezes por padrões de atuação não condizentes com a enorme heterogeneidade do país.

Apesar das imposições ao desenvolvimento das políticas de saúde no Brasil, o país conseguiu manter os instrumentos legais que asseguram o direito à saúde, particularmente no que se refere à universalização da atenção à saúde (ALMEIDA et al., 2002).

Paralelo ao movimento da Reforma Sanitária, que culminou no SUS, havia um movimento denominado Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental-MTSM, influenciado, principalmente, pelo movimento italiano de reforma psiquiátrica, que acabou sendo nesse período, como é considerado por Amarante (2005), o primeiro momento da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

O objetivo deste Movimento era exercer um acompanhamento crítico das políticas públicas em saúde mental, “constituindo-se em um espaço de luta não institucional, em um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação da assistência psiquiátrica” (AMARANTE, 2001, p. 51).

O Movimento expressava as insatisfações daqueles que trabalhavam neste setor, e também, daqueles preocupados com a situação reinante, portanto, não sendo um movimento corporativo, mas múltiplo, dele participando profissionais do setor, pessoas e entidades que se coadunaram com a luta empreendida, simpatizantes e familiares; passa a ser reconhecido como o movimento pela reforma psiquiátrica (AMARANTE, 2001).

No Brasil, convencionou-se denominar Reforma Psiquiátrica o processo histórico de caráter crítico e prático, de questionamento e elaboração de outros saberes e intervenções em relação à loucura, com o objetivo de transformar o modelo assistencial clássico da psiquiatria. Esse processo veio ocorrendo, no Brasil, a partir do final da década de 1970 e visava a desconstrução gradativa da política de saúde mental existente, ao mesmo tempo em que eram construídas propostas de reversão deste modelo.

O Movimento da Reforma Psiquiátrica ganhou maior visibilidade no final dos anos setenta, sob as condições históricas da retomada dos movimentos populares e da redemocratização. A luta pela transformação da assistência psiquiátrica surgiu em estreita vinculação aos temas e às questões políticas que ocuparam a agenda da sociedade.[...] o debate sobre a loucura saiu dos muros das universidades e ganhou domínio público através de denúncias que a grande imprensa noticiava e da articulação com entidades da sociedade civil sensibilizadas com a questão da violência institucional e da segregação (YASUI, 1999, P. 73).

Inspirada no referencial teórico-prático da Reforma Psiquiátrica Democrática italiana, sob o paradigma da ‘desinstitucionalização’ como desconstrução, a Reforma Psiquiátrica no Brasil se pauta por uma ética de inclusão social, solidariedade e resgate da cidadania do *louco*, negativizada historicamente pela psiquiatria e pelo Estado.

A situação crítica em que se encontrava a assistência psiquiátrica brasileira, nessa época, marcada pela falência de um modelo privatizante que havia se instalado no setor da saúde no país, era favorável à crítica proposta por esses pensadores e movimentos sociais. Os hospitais psiquiátricos, centralizando a assistência e sendo praticamente únicos na oferta de serviços de internação especializada no contexto nacional, tiveram as condições de maus tratos, aos internos denunciadas no processo social brasileiro de “abertura democrática” que ocorria.

Segundo Spricigo (2001, p. 58), este Movimento denuncia à forma como o Estado administra a assistência aos portadores de transtornos mentais, que favorecia o crescimento das internações em hospitais próprios e conveniados, fato que ficou conhecido como a “indústria da loucura”.

É possível assinalar que, no Brasil, o modelo hospitalocêntrico foi fortemente difundido através do Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM), criado através do Decreto Lei nº 3.171, de 02/04/1941, passando o Estado a desenvolver política de proliferação de hospício-colônia.

Através, e como consequência do movimento da Reforma Psiquiátrica, surgiram as primeiras iniciativas que resultaram em novos serviços em saúde mental, de caráter substitutivo no final da década de 1980 e início dos anos 1990.

Inserida, contextual e politicamente no processo de transição democrática, essa mudança é marcada pela realização de duas Conferências Nacionais de Saúde Mental em 1987 e 1992, juntamente com a consolidação da proposta do Sistema Único de Saúde em 1988. Em consonância com esses movimentos, profissionais da saúde mental discutiram e produziram uma série de novas experiências nesse campo, articulados em torno do lema “Por Uma Sociedade Sem Manicômios”, adotado no II Congresso Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru, no ano de 1987. Neste Congresso foi estabelecido o dia 18 de maio como o dia nacional da luta antimanicomial, e também criado o Movimento da Luta Antimanicomial, com o objetivo de prosseguir na mobilização contra os manicômios, tidos como sinônimos de violência.

Contudo, Oliveira (1998, p. 2), explicita que a luta antimanicomial não busca somente o fechamento do hospital psiquiátrico, mas sim “algo mais complexo, que diz respeito à negação do mandato que as sociedades delegam à psiquiatria para isolar, exorcizar, excluir e anular os sujeitos à margem da normalidade social”. Assim, a luta pelo fim do manicômio não significa apenas o fechamento destas instituições, mas a construção de uma nova relação com o portador de transtorno mental que o insira na sociedade e o considere um sujeito de direitos.

Entretanto, a falta de conhecimento de tais propostas poderia dificultar a adesão de trabalhadores e gestores aos princípios antimanicomiais e às diretrizes da Reforma Psiquiátrica, que têm como propostas a superação efetiva do paradigma asilar e novas formas de intervenção e relação com a *loucura*.

Serem denominados “novos” não garante seu caráter substitutivo; pelo contrário, corre-se o risco de serem “atualizações” da psiquiatria. Em vez de *serviços substitutivos*, temos *serviços modernizados*, isto é, atualizações de práticas manicomiais. A não problematização dos princípios da Reforma Psiquiátrica e da compreensão histórica da origem e função dos serviços substitutivos acarreta a homogeneização desse discurso e representa um risco de despolitização desse processo, o que por sua vez não coloca em questão os processos de exclusão social, a relação da sociedade com a loucura e a implantação dos chamados “novos” serviços que tendem para o caminho de simples renovação dos sistemas em saúde (BRITTO, 2004, p. 81).

De acordo com Yasui (1999, p.113), “incentivaram a criação de diversas unidades assistenciais espalhadas pelo país, muitas com o nome de NAPS ou de CAPS, que acabaram por se transformar em sinônimos de unidades assistenciais de vanguarda”.

Essas novas práticas institucionais surgiram no Brasil com experiências pioneiras como o Centro de Atenção Psicossocial Prof. Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), de São Paulo, em 1987, se auto definindo como um *serviço intermediário*, e com os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), de Santos, em 1989, definindo-se como serviços substitutivos.

Expressando projetos singulares, orientados por referenciais teóricos diversos, essas experiências alcançaram uma significativa relevância no cenário nacional ao assumirem a defesa e a garantia dos direitos de cidadania de pessoas com transtornos mentais e ao demonstrarem a possibilidade de implementação de serviços e de uma rede diversificada de atenção em saúde mental que viabilizasse a transformação da lógica asilar”(NICÁCIO, 2003, p. 47).

Sob o impacto do surgimento dos NAPS de Santos, além do conjunto de transformações iniciadas, também, em outros municípios, e a legitimidade que o movimento da Reforma Psiquiátrica vinha obtendo no cenário nacional, foi elaborado em 1989, o projeto de lei nº 3957/89 do deputado federal Paulo Delgado, que “dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais”.

A partir de 1996/1997, entretanto, o processo de reestruturação diminuiu significativamente e, conseqüentemente, os novos serviços extra-hospitalares reduziram seu ritmo de crescimento, os programas de suporte social para egressos de longas internações não foram devidamente implementados e os investimentos financeiros do SUS permaneceram concentrados, em mais de 90%, na modalidade de internação convencional de longa duração (BRASIL, 2004).

Tendo em vista o breve retrospecto de alguns momentos da Reforma Psiquiátrica empreendida no Brasil, assinalamos que a trajetória da assistência psiquiátrica veio ao longo

destes anos apontando para a substituição do modelo asilar e para a garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Esse aspecto é reiterado na fala realizada em uma Conferência de Saúde pelo Ministro da Saúde, Humberto Costa que, em 2004, declarou,

O processo de reestruturação da nossa rede no Brasil se consolida a partir de 89 com o projeto Paulo Delgado, como eu disse, na câmara dos deputados, reforçada pela aprovação de Caracas em 1990, que preconiza um modelo alternativo ao sistema manicomial então existente.[...] somando também à política do Ministério da Saúde que foi caminhando e apontando para a linha da substituição daquele modelo asilar, para um outro modelo com base comunitária e com atenção integral.

Política Nacional

O cenário jurídico-político, no Brasil, apresenta mudanças recentes na legislação relativa à saúde mental onde, destaca-se a apresentação do projeto Lei 3.657/89, de autoria do deputado Paulo Delgado – PT/MG, que propôs a regulamentação da internação compulsória, a extinção gradativa dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços que estabelecesse um novo modelo de atenção. Desta forma, cumpriu importante papel de garantir, mesmo que indiretamente, a construção de novos hospitais psiquiátricos.

Entretanto, esta proposta vivenciou durante um longo período, uma lacuna do ponto de vista jurídico, pois a mesma foi promulgada somente 12 anos depois, denominada como Lei nº 10.216, de abril de 2001. Entende-se, então, que este projeto representou um marco significativo no sentido de possibilitar a ampliação do debate público sobre a saúde mental e suas instituições.

Porém, durante este período de tramitação no Congresso para aprovação do projeto, mecanismos e estratégias foram sendo criados pelo movimento da Reforma Psiquiátrica, para aprovação de projetos de leis municipais e estaduais fortalecendo, ainda mais, a viabilização da proposta contida no projeto de Lei Paulo Delgado (PELLIZZARO, 2004, p.129).

A partir das experiências dos NAPS e dos CAPS e, anteriormente à aprovação da Lei Federal da Reforma Psiquiátrica, oito leis estaduais já se encontravam em vigor: a lei nº 9.716/92 do Rio Grande do Sul, a nº 9.716/92 de Pernambuco, a nº 5.267/92 do Espírito Santo, a nº 12.151/93 do Ceará, a nº 6.758/95 do Rio Grande do Norte, a nº 11.802/95 de Minas Gerais, a nº 11.189/95 do Paraná e a nº 975/95 do Distrito Federal (BRASIL, 2004).

Apontamos neste momento, uma questão identificada através da entrevista grupal que, apesar do Estado do Paraná ter sido pioneiro juntamente com outros Estados do Brasil na aprovação de legislação garantindo direitos aos portadores de transtornos mentais, foi identificada na fala dos profissionais do município de Foz do Iguaçu, ausência de conhecimento acerca de uma política estadual de saúde mental, conforme a transcrição abaixo:

Nunca ouvimos falar, a gente nem participa, nunca ouvimos nenhuma discussão em saúde mental no Estado do Paraná, acredito, que não há uma política estadual na área [...] nem Coordenação Estadual de Saúde Mental, nada, nunca ouvimos (LP, 2006).

Paralelo à aprovação das Leis estaduais, Pellizzaro (2004), aponta que, no período ente 1992 à 1995, é possível identificar mudanças significativas no campo da política de saúde mental, “avançando na perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e na criação e regulamentação de portarias relativas à implementação da rede de serviços substitutivos”.

A Portaria nº 224, de janeiro de 1992, foi a primeira a ser aprovada²¹. Através dela estabeleceram-se algumas normas com relação aos cuidados com os pacientes internados.

Tendo em vista, a necessidade de humanização da assistência bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: está proibida a existência de espaços restritos (celas fortes), deve ser resgatada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes, deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados no paciente (BRASIL, 2004).

Ainda nesta Portaria foram regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), os Hospitais-Dia e o atendimento ambulatorial, serviços de urgência psiquiátrica em hospital geral e prontos socorros, com internação de até 72 horas. Esta Portaria ressalta a importância de o atendimento ser realizado por equipe multiprofissional e de os pacientes contarem com espaços de lazer sócio-terápicos.

O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centros de saúde e/ou ambulatorios especializados [...] os CAPS/NAPS

²¹ Todas as Portarias e Leis de que trata este capítulo foram extraídas de uma Coletânea de atos normativos referentes a reestruturação da assistência em saúde mental no Brasil, lançada pelo Ministério da Saúde, em 2004.

são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar [...] o hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (BRASIL, 2004).

A Portaria nº 224/92, também, possibilitou a construção e a proliferação dos chamados “novos serviços”, proporcionando o aumento dos recursos financeiros repassados à saúde de muitos municípios. De caráter mais normativo, apresentava certa ausência conceitual que pré-definia o objetivo dos serviços propostos.

No ano de 1993 foi criada a Comissão Nacional de Reforma Psiquiátrica, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde, que passou a elaborar propostas para a viabilização da Reforma Psiquiátrica, que acabou culminando, em 1995, na aprovação do Plano de Apoio à Desospitalização (PELLIZZARO, 2004).

A segunda Portaria nº 145 foi criada em 1994, e estabelece a criação de um sistema de supervisão, controle e avaliação na assistência em saúde mental nos três níveis de governo, objetivando fiscalizar as normas em vigor. “Esta portaria permitiu um canal de denúncias e maus-tratos praticados em instituições de saúde mental e a solicitação da vistoria e avaliação do Ministério da Saúde” (PELLIZZARO, 2004, p. 131).

Nesse mesmo ano foi aprovada a Portaria nº 147, regulamentando projetos terapêuticos nas instituições. De acordo com a mesma, os serviços de saúde mental devem oferecer atividades diversificadas, de acordo com as necessidades de cada paciente.

Em fevereiro de 2000, foi criada a Portaria GM nº 106, que estabelece criação dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do SUS, para atendimento aos portadores de transtornos mentais, em substituição à internação psiquiátrica prolongada.

Segundo esta Portaria, em seu parágrafo único, as Residências Terapêuticas são moradias ou casas inseridas, preferencialmente, na comunidade, destinadas a cuidar de portadores de transtornos mentais, egressos de internações psiquiátricas de longa duração, que não possuam suporte social nem laços familiares e que viabilizem sua inserção social. Estas Residências constituem uma modalidade assistencial substitutiva à internação psiquiátrica prolongada, com o compromisso de resgate da cidadania e da reintegração social.

É importante assinalar que desde a II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1992, já se apontava a importância estratégica da reestruturação da assistência psiquiátrica. Esta Portaria, referente à Residência Terapêutica, tem papel crucial na consolidação do processo de substituição do modelo tradicional, pois possibilita desenvolver uma estrutura que se contrapõe a tão propalada, e para alguns insubstituível, “hospitalidade” do hospital psiquiátrico. Até aquele momento, a aprovação das portarias representava apenas as reivindicações e propostas do Movimento da Reforma Psiquiátrica. Tendo em vista que as mesmas foram sendo aprovadas durante o período em que o projeto de Lei Paulo Delgado tramitava pelo Congresso à espera de aprovação.

Finalmente, em abril de 2001, foi aprovada a Lei nº 10.216, do projeto Paulo Delgado. No entanto, no decorrer do processo, as negociações legislativas juntamente com o jogo de interesses e as forças políticas acabaram em mudanças fundamentais no texto final da Lei. A principal mudança diz respeito ao ponto central deste projeto Lei, a extinção dos manicômios, não mencionada no substitutivo do Senador Sebastião Rocha.

Neste sentido, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Enquanto o texto do Projeto de Lei 3.657/89 previa a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais, e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória, apresentando como proposta central a substituição do modelo manicomial.

Esta marcante diferença entre as propostas do Projeto e do texto final da Lei demonstra o poder dos diversos interesses presentes na elaboração deste regimento legislativo.

A Lei 10.216/01 possui dois grandes eixos: a questão da proteção e o redirecionamento do modelo assistencial e, diferentemente do projeto original, esta mantém a estrutura hospitalar.

O título da Lei apresenta uma mudança inovadora no que se refere à nomenclatura utilizada para definir a pessoa que necessita de cuidados em saúde mental: o termo psicopata da legislação de 1934 é substituído pela expressão portador de transtorno mental, adotada atualmente pela psiquiatria.

A lei é composta por 13 artigos que regem toda a política nacional de assistência em saúde mental, assim divididos, conforme explicitado abaixo:

Art. 1º e 2º - apresentam os direitos das pessoas com transtorno mental;

Art. 3º - estabelece a responsabilidade do Estado;

Art. 4º ao 10º - definem e regulamentam os tipos de internação;

Art. 11 - trata das pesquisas envolvendo pacientes;

Art. 12 - cria a Comissão Nacional para o acompanhamento da implementação da lei;

Art. 13 – vigora a lei a partir da data de sua publicação.

Para Amarante & Yasui (2003, p.09),

uma leitura mais atenta nos permite perceber que alguns itens são quase redundantes e lá estão como garantia de que as cotidianas violências submetidas àqueles pacientes não mais se repitam. [...] na história daquilo que se convencionava chamar de tratamento psiquiátrico, era rotina para os pacientes: serem submetidos a abusos, explorações, não ter direito ao sigilo de suas informações e serem submetidos a condutas terapêuticas violentas tais como ECT (eletroconvulsoterapia, conhecida como eletrochoque, lobotomia, etc).

Desta forma, a proteção e a garantia dos direitos das pessoas portadoras de transtorno mental também está relacionada com o redirecionamento do modelo assistencial, pois questiona o modelo voltado para a internação especializada dentro do hospital psiquiátrico, promovendo a viabilidade de outro modo de atenção psicossocial, que cuida e trata sem o dispositivo da internação hospitalar, embora alguns serviços possuam leitos. Esses novos serviços se constituem de modo que o tratamento não seja sinônimo de internação, pois tal postura retira da pessoa sua autonomia, sua circulação e sua cidadania (BRITTO, 2004).

Apreendemos que a promulgação da referida Lei é resultado de muitos anos de lutas entre os diversos interesses envolvidos, entretanto, mesmo ocorrendo um direcionamento no modelo de atenção, “nenhum artigo aborda diretamente a questão do modelo assistencial nem menciona a constituição de serviços substitutivos em detrimento ao modelo asilar” (BRITTO, 2004). Determina, apenas, que a internação ocorra em estrutura que contenha equipe multidisciplinar (art. 4º § 2º) e que a pessoa seja tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (art. 2º- IX).

No entanto, não é trabalhada e/ou explicitada a definição do que seja um serviço comunitário, verificando a permanência do modelo hospitalocêntrico, embora as internações psiquiátricas tenham sido diferenciadas e regulamentadas com intuito de evitá-las na forma prolongada, diminuindo desta maneira, o processo de institucionalização.

Mesmo que se possa apresentar críticas ao texto desta Lei, ela representa um avanço para o processo de reforma psiquiátrica e para a transformação do modelo de assistência em saúde

mental, pois o portador de transtorno mental foi reconhecido como sujeito de direitos através da explicitação destes direitos no decorrer do texto.

Um importante avanço através desta legislação, é a criação de um instrumento de regulação das internações que ocorrem involuntariamente, colocando em ação um dispositivo de segurança e proteção dos direitos do portador de transtorno mental quando o mesmo vivencia uma internação involuntária²². Este novo ator com função de regulador é o Ministério Público que, devido suas atribuições e disposições legais, é o órgão capaz de atuar na defesa e na garantia dos direitos da pessoa com transtorno mental. Desta maneira, a internação involuntária, deverá ser comunicada no prazo de setenta e duas horas pelo responsável técnico do estabelecimento, a mesma comunicação deverá ocorrer quando da respectiva alta. Por meio de sua atuação e suas ações, pode zelar para que seja fornecida a população uma assistência em saúde mental de qualidade (OLIVEIRA, 2004).

A regulação das internações passou a ser prioridade, nesse sentido, em novembro de 2001, quando ampliou-se a discussão a respeito no Seminário Nacional de Direito à Saúde Mental que ocorreu em Brasília, com representantes de várias entidades e categorias profissionais. Formularam-se propostas concretas para o controle das internações involuntárias, no sentido de impedir o confinamento e garantir o respeito aos direitos humanos do portador de transtorno mental (PELLIZZARO, 2004).

Posteriormente, em janeiro de 2002, foi aprovada a Portaria nº 251, estabelecendo as normas e diretrizes para a assistência hospitalar, reclassificando os hospitais psiquiátricos e estruturando a porta de entrada para as internações.

A partir desta portaria, a assistência em psiquiatria pelo SUS, deve seguir as seguintes diretrizes:

Consolidar a implantação do modelo de atenção comunitário, de base extra-hospitalar, articulando em rede diversificada de serviços territoriais, capazes de permanentemente promover a integração social e assegurar os direitos dos pacientes; organizar serviços com base nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; garantir a diversidade dos métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial; assegurar a continuidade da atenção nos vários níveis; garantir a participação social; garantir que os órgãos gestores locais sejam responsáveis pela regulamentação local que couber (BRASIL, 2004).

²² Internação involuntária é aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro (Brasil, Lei 10.216 de , de 6 de abril de 2001, Art. 6).

Um aspecto importante contemplado na referida portaria é o controle social. A participação social é uma das diretrizes da assistência psiquiátrica no SUS, contudo a “participação de familiares e usuários, através de várias associações existentes, já é prática freqüente, desde o início da luta pela Reforma Psiquiátrica, sendo um importante fator de pressão pela mudança da política de saúde mental no país” (PELLIZZARO, 2004, p. 136).

Nesse mesmo ano de 2002, ocorreu a publicação da Portaria nº 336/02 e da Portaria nº 189/02 que atualizam a Portaria nº 224/92 e incorporam os avanços ocorridos na condução dos equipamentos substitutivos, associados à realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2002 que, entre outras coisas, consolidou o novo modelo assistencial dos CAPS. Finalmente, a experiência acumulada nos dez anos de existência desses serviços se concretiza como fator decisivo na história recente, relativizando, desta forma, o papel (ainda) hegemônico dos hospitais psiquiátricos na atenção em saúde mental.

Essa relativização do papel hegemônico do modelo hospitalocêntrico decorre principalmente da Portaria nº 336/2002, que passou a estabelecer novos parâmetros aos definidos pela Portaria nº 224/92 para a área ambulatorial. Esses novos parâmetros possibilitaram a ampliação da abrangência dos serviços substitutivos de atenção diária, estabelecendo portes diferenciados a partir de critérios populacionais, e direcionando novos serviços específicos para a área de álcool e outras drogas e para a área de infância e adolescência. Estabelece, também, mecanismos de financiamento próprio, para além dos tetos financeiros municipais para a rede de CAPS.

Os CAPS poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II, CAPS III, CAPSad II e CAPSi II definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Estas modalidades deverão estar capacitadas para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva e semi-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde²³.

²³ Cada modalidade corresponde à uma característica específica, ou seja, o CAPS I é um serviços de atenção com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, com funcionamento no período de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana. O CAPS II será o serviço com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, com funcionamento no período de 8 às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas. O serviço CAPS III atenderá as cidades com população acima de 200.000 habitantes, constituindo-se em serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. Como serviço específico para atender crianças e adolescentes, e constituindo-se numa referência para uma população de 200.000 habitantes com atenção diária, foi

Os CAPS configuram-se como serviços comunitários ambulatoriais e regionalizados nos quais os pacientes recebem consultas médicas, atendimento terapêutico individual e grupal, podendo participar de atividades lúdicas e outras atividades articuladas em torno de um projeto terapêutico individualizado, voltado para o tratamento e a reabilitação psicossocial, extensivas também aos familiares e às questões presentes no cotidiano dos usuários (ONOCKO-CAMPOS e FURTADO, 2006).

Para Campos (2000), a grande inovação do CAPS foi a saída de uma concepção programática ofertada pelos serviços para o atendimento dos usuários, em vista de suas necessidades através da construção do que chamamos de “projeto terapêutico”.

Para operar na inversão do modelo hospitalocêntrico conta-se, ainda, com outro instrumento garantido através da Lei 10.708 de julho de 2003, que institui o auxílio-reabilitação psicossocial para a assistência, o acompanhamento e a integração social, fora de unidade hospitalar. Os beneficiários são todos os internos de longa permanência em hospital psiquiátrico. Esse auxílio é denominado Programa “De Volta para Casa” e visa oferecer suporte social potencializando seu processo de alta hospitalar e reintegração social. A importância deste programa reflete na extensão de direitos sociais ao portador de transtorno mental, tendo em vista que esta população é quase integralmente desprovida de meios de amparo social e dos benefícios assegurados na legislação.

No entanto, os profissionais entrevistados vêem este instrumento legal como um processo de desresponsabilização do Estado, recolocando a unidade familiar em uma posição de responsabilidade pelo cuidado de seu membro.

O de “Volta para Casa” é uma desreponsabilização do Estado pelo paciente. A questão da saúde mental, eu acho muito crítica, porque a família que tem um portador de transtorno mental, ela adocece primeiro. Primeiro tem que tratar a família, depois o paciente, e as vezes a retirada deste paciente de casa seja necessário. Não sei talvez eu tenha um entendimento muito errado da coisa (DS, 2006).

A família tem ocupado um lugar privilegiado nas discussões das políticas públicas na última década, com intuito de torná-las agentes de transformação nos diversos cenários da assistência. No campo da psiquiatria, a família foi considerada, por Pinel, como a causa do

definido a modalidade CAPSi. Os atendimentos para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, o serviço será pelo CAPSad. O mesmo terá capacidade operacional para municípios com população superior a 70.000 habitantes e funcionará diariamente

adoecer, e o tratamento proposto implicava o afastamento dos mesmos do paciente, sendo que este era internado em hospitais psiquiátricos. Essa forma de atendimento deixou como marca o isolamento e a segregação social.

É importante ressaltar a existência da Portaria GM nº 52, de janeiro de 2004, que institui o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS, reafirmando a diretriz política de redução progressiva de leitos²⁴.

Ela define uma nova classificação dos hospitais psiquiátricos, baseada no número de leitos contratados/conveniados ao SUS, com novos valores de remuneração das diárias hospitalares, às quais estão incorporados os incentivos de qualificação. Em suma, este Programa estabelece um mecanismo organizador do processo de redução de leitos, com incentivo financeiro pela redução e pela melhor qualidade de assistência, aferida pela PNASH – psiquiatria²⁵.

Referente à política de redução de leitos, as entrevistadas apontam o lado negativo na condução da mesma. Assinalam que os municípios não estão preparados para dar conta da demanda que necessita de um tratamento mais intensivo.

Então, eu acho que essa portaria veio destruindo tudo o que estava implantado e não trouxe nada de novo que oferecesse condições, imediatamente dos municípios implantar. Nossa região, os hospitais de referência, eles se revoltaram e fecharam, passou-se a fechar os hospitais psiquiátricos. Tem o Filadélfia, o Vera Cruz interna mediante pagamento, o São Marcos fechou, e aí, onde fica esse paciente? Os pacientes foram todos para rua. E aí o que adianta ter uma Lei? (DS, 2006).

E quando a gente atende uma pessoa que é morador de rua, andarilho, que não tem família, como é que vai tratar dela se não tem um lugar de referência que interne. Eu não consigo ver uma forma (LP, 2006).

Este aspecto tem sido a grande crítica no que refere à Reforma Psiquiátrica (feita pelos profissionais que atendem na ponta dos serviços de saúde). Entretanto, temos que estar atentos para o fato da mesma não preconizar o fim das instituições psiquiátricas, mas, serviços que

²⁴ Este Programa tem três componentes principais: 1) redução progressiva de leitos; 2) estímulo entre as pactuações entre gestores e prestadores para que a redução se dê de forma planejada; 3) redirecionamento dos recursos financeiros da internação para a atenção extra-hospitalar em saúde mental.

²⁵ PNASH/Psiquiatria é um instrumento de gestão que permite a redução e fechamento de hospitais psiquiátricos de forma gradual, pactuada e planejada. Permite aos gestores um diagnóstico da qualidade da atenção nos hospitais psiquiátricos conveniados e públicos existente em sua rede.

possam ser alternativos às mesmas. Busca-se a desconstrução do modelo manicomial buscando novas formas de assistência que possibilitem o acolhimento, o cuidado e a autonomia.

Até a década de 1990, eram escassos os serviços em saúde mental, e a internação era a única opção, entretanto, atualmente podemos nos amparar nas legislações vigentes na área e ampliar o direito dos usuários destes serviços. A ampliação destes direitos pode estar ocorrendo através da implementação de serviços comunitários que substituam o isolamento em instituições asilares e pela ampliação das vagas em hospitais gerais, atentando para não se reproduzir nesses novos espaços práticas condizentes ao modelo asilar.

Outro aspecto identificado através de uma das falas acima, é o cuidado que deve ser tomado em não confundir o hospital psiquiátrico como “moradia de morador de rua e ou andarilhos”, para esses casos existem outras alternativas como albergues e casas de passagem, por exemplo. É neste sentido que trabalhos intersetoriais se tornam inevitáveis.

Outras Portarias fazem parte do rol jurídico que compõe a legislação em saúde mental brasileira, que serão explicitadas brevemente.

A Portaria GM nº 1.077, de agosto de 1999, dispõe sobre a assistência farmacêutica na atenção psiquiátrica, assegura medicamentos básicos para usuários de serviços ambulatoriais públicos que disponham de atenção em saúde mental. Esta Portaria implanta o Programa para a Aquisição dos Medicamentos Essenciais para a área de saúde mental, financiado pelos gestores estaduais e federal do SUS. Integrarão o presente Programa, as unidades da rede pública de atenção ambulatorial de saúde mental.

A Portaria GM nº 799, de julho de 2000, determina a avaliação da assistência prestada em saúde mental pelo SUS, estabelecendo mecanismos de supervisão continuada dos serviços hospitalares e ambulatoriais, bem como proposição de normas técnicas e alternativas que reforcem a continuidade dos processos de reversão do modelo de atenção vigente.

A Portaria GM nº 2.391, de dezembro de 1992, regulamenta o controle das internações psiquiátricas involuntárias (IPI) e voluntárias (IPV), de acordo com o disposto na Lei 10.216, de 6 de abril de 2001, e os procedimentos de notificação da Comunicação das IPI e IPV ao Ministério Público pelos estabelecimentos de saúde, integrantes ou não do SUS”.

A Portaria GM nº 1.455, de julho de 2003, define a transferência em parcela única fundo a fundo, de um incentivo financeiro para compra de equipamentos para esses serviços.

Foi sancionada, no ano de 2006, a Lei nº 11.143 que define princípios e diretrizes para a prevenção e o tratamento da dependência de álcool e outras drogas, além de conceituar crimes e

penas ao uso e tráfico de drogas. O mérito desta lei é reorientar a questão do atendimento para o campo da saúde pública, e a rede de saúde deve se preparar para acolher esta demanda.

As transformações, que ocorreram no modelo de assistência em saúde, consolidadas desde a Constituição de 1988 e das Leis nº 8.142/90 e Lei nº 8.080/90, que determina os princípios dos SUS, invocando a universalidade, a integralidade e a igualdade da assistência, imprimiram, ao campo da saúde mental, o entendimento da saúde/doença como processo social e, coerentemente, a conseqüente proposição de um modelo de atenção em saúde, concretizado em práticas assistenciais de desinstitucionalização.

Neste contexto, o CAPS assume relevância no cenário das novas práticas em saúde mental no país, configurando-se como um dispositivo para a reversão do modelo hospitalar. Este aspecto é reiterado por Onocko-Campos e Furtado (2006, p. 3), quando a mesma assinala que,

o Ministério da Saúde preconiza para estes serviços o papel de articulador de uma lógica de rede calcada em várias instâncias, como as de cuidados básicos (Programa Saúde da Família - PSF), ambulatorios, leitos de hospitais gerais e iniciativas de suporte e reabilitação psicossocial, serviços Residenciais Terapêuticos e trabalho protegido. No entanto, a função aglutinadora e de organizador da rede local de saúde mental requerida dos CAPS é ainda um horizonte a ser alcançado no plano nacional.

O texto da Lei 10.216/01, marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificou de forma histórica, as diretrizes básicas que constituem o SUS, garantindo aos usuários de serviços de saúde mental, a universalidade de acesso e o direito à assistência, a integralidade, valorizando a descentralização do modelo de atendimento, enfatizando, que o mesmo deve ser feito o mais próximo do convívio social do usuário, ajustando-se, assim, as necessidades da população.

Assim, é possível identificar que as principais diretrizes do movimento de reforma psiquiátrica foram incorporadas pelo Ministério da Saúde e fazem parte da atual política nacional de saúde mental.

No entanto, uma série de críticas foram feitas a todo este processo desencadeado pela Reforma Psiquiátrica, pelos profissionais entrevistados .

Eu faço uma crítica a Reforma Psiquiátrica, a gente desconhece quem pensou essa reforma, porque eu acho que os profissionais que realmente lidavam com isso não participaram. Eu lembro que estava na faculdade, quando uma colega que trabalha no hospital psiquiátrico, começou trazer para nós essa discussão, da desospitalização, trazendo as leis [...] mas que os donos do hospital não

eram chamados a participar. Era a grande crítica da época, isso no ano de 1993 (DS, 2006).

A fala dos entrevistados aponta um aspecto bastante discutido entre os profissionais da área. Foi desencadeado todo um processo de transformação na assistência, no entanto, os profissionais que atuam na ponta, não foram sendo capacitados para atender a esta nova realidade, ou seja, a esta nova forma de cuidar o portador de transtorno mental. Os pacientes estão sendo atendidos na sua comunidade, geralmente nas Unidades Básicas de Saúde, mas os profissionais não estão sabendo como proceder com este paciente.

Apreendemos que toda a discussão envolvida em uma proposta de mudança, como no caso brasileiro, enfrenta de certa forma, algumas resistências para a manutenção das bases estruturais do modelo ainda hegemônico. Está em jogo, nesta arena, não apenas uma mudança na assistência, mas o enfrentamento de mais de duzentos anos de práticas e saberes em torno da loucura.

3.3 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL NO PARAGUAI

O direito à saúde aos cidadãos Paraguaio tinha como base legal a Constituição de 1967, vigente nos primeiros anos de funcionamento do Mercosul e reformulada, posteriormente, em 20 de junho de 1992. De acordo com a Constituição de 1992, toda pessoa tem o direito à vida, à integridade física, à liberdade, à segurança, à honra e à reputação, sendo protegida pelo Estado. Referente à saúde, todos habitantes têm direito à proteção e promoção da saúde, estando obrigados a submeter-se às medidas sanitárias estabelecidas em lei, dentro dos limites permitidos do respeito à dignidade humana.

O Estado reconhece a família como ‘célula’ fundamental da sociedade e assegura a promoção de melhorar a situação moral, cultural, econômica e social, bem como a garantia à proteção integral.

O direito à saúde é mencionado no Art. 68 da Constitución de lá República Del Paraguay de 1992, onde:

El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro a someterse

a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro del respeto a la dignidad humana (CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL PARAGUAY, 1992)

A nova Constituição assume, de forma explícita, a proteção e a promoção da saúde, passando a atenção em saúde ser livre, gratuita e garantida a toda população. Entretanto, a mesma expressa que toda pessoa é obrigada a cuidar de sua saúde, respeitando as medidas sanitárias. Desta forma, apreende-se que a concepção de saúde centra-se, ainda, numa visão higienista, que toma a doença como a centralidade do processo de assistência.

O setor de saúde paraguaio é regido por outras leis, como é o caso do Código Sanitário e Sistema Nacional de Saúde. O Código Sanitário foi criado através da Lei nº 836, de 04 de dezembro de 1980, e passou a regular as ações do Estado no que concerne ao cuidado integral da saúde e dos direitos e obrigações das pessoas. Ele determina que as ações em saúde devem ser integrais, ou seja, de promoção, proteção, recuperação e reabilitação, incluindo fatores dos condicionantes ambientais. Estabelece, ainda, que os planos e programas de saúde devem ser elaborados com base nos objetivos, nas políticas e nas estratégias globais de desenvolvimento. As instituições públicas e privadas estarão integradas ao setor saúde, desde que as mesmas tenham relação com a saúde da população por sua ação direta ou indireta.

A Lei Orgânica do Ministério da Saúde e Bem Estar Social- MSPyBS, determina que o Ministério da Saúde tem a responsabilidade de criar condições que permitam à população exercer o direito à saúde. A Lei Orgânica determina, o cuidado em saúde e o acesso sem restrições a serviços de qualidade como um direito humano inalienável e a obrigatoriedade de todos os habitantes submeterem-se às medidas preventivas e assistenciais estabelecidas pelo MSPyBS para garantir a saúde da comunidade (SCALZAVARA, 2004).

O Sistema Nacional de Saúde - SNS foi criado pela Lei nº 1.032, de 30 de dezembro de 1996, com a finalidade de prestar serviços, a todas as pessoas, de maneira justa e equitativa, operativa e eficiente, sem discriminação de nenhuma classe, mediante ações de promoção, recuperação e reabilitação integral. É formado pelo Conselho Nacional de Saúde, pelo Fundo Nacional de Saúde, pela Superintendência de Saúde e pela Direção Médica Nacional.

La creación del SNS plantea un reordenamiento del sector salud (público, privado, y sin fines de lucro), con una articulación docente asistencial, y participación de la comunidad a niveles departamental y local. La descentralización administrativa y la de los servicios públicos constituye una de las estrategias principales y una forma de financiamiento de la reforma sanitaria

otorgando a los gobiernos departamentales una mayor injerencia en el sector salud (TALAVERA, 1997, p. 12).

Através de todas as leis e normas, o Sistema Nacional de Saúde do Paraguai, identifica-se que a política de saúde está orientada a assegurar a concretização das ações prioritárias da saúde pública, dirigidas a todos os habitantes do país, mas buscando focalizar grupos específicos com vista à redução dos gastos sociais.

A Política Nacional de Saúde, contempla de forma preeminente,

la participación social, la descentralización progresiva, la modernización de la organización administrativa y un proceso de desarrollo de los recursos humanos acompañada de una adecuada motivación y redistribución de los mismos para dar respuesta a la urgente necesidad social de mejoramiento de la salud de la comunidad priorizando las zonas más excluidas (PARAGUAY, 1999).

Desta forma, entende-se que a política sanitária deste país pretende orientar o Sistema Nacional de Saúde através do planejamento e do controle, identificando as prioridades e regulando as atividades públicas e privadas, assim como “garantir o acesso universal, com equidade, aos serviços de saúde com qualidade” (SCALZAVARA, 2004, p. 117).

Há indicação, através das formulações legais, de impulsionar a reforma sanitária, mediante a reorganização dos serviços de saúde, o fortalecimento do papel de controle e a orientação do Ministério da Saúde, através do desenvolvimento de um sistema nacional, da execução de um novo modelo, da busca por novos recursos financeiros, da descentralização dos serviços à implementação de ações de promoção da saúde.

O processo de reorganização dos serviços de saúde será estabelecido em níveis de atenção que respondam a um novo modelo sanitário, de forma coordenada com o setor privado e de seguridade social, com ênfase na definição de programas de atenção integral às crianças, aos adolescentes, às mulheres e aos idosos. As intervenções sanitárias estarão vinculadas a um melhoramento da educação das crianças e a prover a infra-estrutura de saúde pública básica e de serviços de saúde essenciais (SCALZAVARA, 2004, p. 117).

Desta forma, é possível identificar que o Paraguai encontra-se, ainda, em um processo de reestruturação de sua política de saúde, através da regulamentação de seu sistema nacional de saúde.

Reforma Psiquiátrica e Política Nacional de Saúde Mental

O cenário atual da saúde no Paraguai já nos dá indicativos de como a saúde mental vem sendo conduzida. A história da assistência psiquiátrica não se diferencia dos demais países. Baseada em um modelo hospitalocêntrico e de exclusão do portador de transtorno mental da sociedade, o país vem apresentando escassos avanços na Reforma Psiquiátrica.

Assim como a maioria dos países, o Paraguai, é marcado pelo abandono e maus tratos aos internos de instituições especializadas e pelas denúncias por parte de algumas associações. Um fato importante foi a denúncia realizada, no ano de 1997, pela Associação de Médicos e Psicólogos, contra o único Hospital Psiquiátrico, devido à forma como o mesmo era administrado. A denúncia foi feita junto a Controladoria Geral do Estado, entretanto, a situação permaneceu a mesma durante muitos anos.

Ações neste sentido evidenciam e agravam ainda mais a violação dos direitos do portador de transtorno mental, tanto para o usuário de serviços ambulatoriais como para o paciente que encontra-se interno em uma instituição psiquiátrica. Constitui, desta forma, uma prática constante e sistemática de discriminação.

Uno de los desafíos que comporta la mejoria de estos sevicios es abordar la carga semantica negativa presente cuando se habala de atencion psiquiatrica. En este sentido, se observa que tanto las acciones emprendidas desde las politicas gubernamentales como las expectativas le la cuidadania expresan una vision centralizada, reduccionista y fragmentada le la atencion a la salud de las personas con transtornos o enfermedades mentales, presentandolo como un problema e invocando la institucionalizacion, la segregacion, la marginacion, exclusion social y encierro del enfermo mental como unica medida “corretiva” del transtorno mental (PORTILLO, 2005, p. 02).

Na área da saúde mental, vem sendo imperiosa a necessidade de um marco legislativo que garanta os direitos dos portadores de transtornos mentais, tendo em vista que estas pessoas acabam sendo mais vulneráveis à violação dos mesmos. Segundo Kurz (1997), no Paraguai, este marco legislativo não existe, havendo apenas o histórico de realização de trabalhos preliminares em uma Comissão Interinstitucional convocada pelo Departamento de Saúde Mental, mas que acabou não tendo continuidade e avanços em seu trabalho.

Os profissionais entrevistados neste país relatam que o Paraguai possui legislações concernentes à saúde mental, embora, no decorrer desta pesquisa, não tenhamos localizado e nem

tido acesso ao conjunto de normas legais reguladoras. Entretanto, a existência destas normas legais pode ser evidenciada nas falas, conforme citação abaixo:

O Paraguai tem uma política de saúde mental com leis que garantem o direito do paciente. Paraguai, antigamente, trabalhava somente com o manicômio. Agora estamos trabalhando com a ‘desmanicomização’. Já fechamos um manicômio que havia aqui em Alto Paraná, restando apenas um manicômio no Paraguai que fica localizado em Assunção, na capital (AI, 2006).

Após o acidente que ocorreu em Assunção, no supermercado, onde muitas pessoas morreram, o país teve que garantir atendimento em saúde mental para os sobreviventes e para as famílias dos que faleceram. Tivemos então que criar serviços que pudessem atender estas pessoas (EO, 2006).

O Departamento de Saúde Mental é encarregado das questões referentes à área e está inserido no Ministério da Saúde e Bem Estar Social através da Direção Geral de Programas de Saúde, conduzindo a assistência em saúde mental no Paraguai.

Desta forma, propõe como meta “que todos los habitantes de la Republica del Paraguay tengan acceso a um Servicio de Atención em Salud Mental en el Centro de Salud más cercano” (Paraguay), e que estará capacitado a atender qualquer necessidade buscando soluções correspondentes a partir de uma efetiva participação na vida comunitária.

Um dos avanços identificados na historia da saúde mental paraguaia, indicando alguma reforma no setor, pode ser registrado através da Resolução S.G. nº 326, de 15 de 1997, transferindo a responsabilidade do Hospital ao Ministério da Saúde. A aprovação desta Resolução decorre das constantes denúncias ao Hospital Regional devido à maneira como conduzia a assistência ao portador de transtorno mental. Kurz (1997, p.3), aponta que o “Hospital Psiquiátrico haya sido transferido al Ministerio del Salud para su intervención e reorganización”. Esta resolução nomeou imediatamente um responsável que deveria iniciar as tarefas administrativas correspondentes à reorganização desta instituição.

En este marco o Hospital Psiquiatrico se propone actualmente: atender a las personas con sufrimiento psiquico en su hábitat, e instalar servicios de prevencion, atención e rehabilitación; descentralizar la atención en salud mental atraves de los Hospitales Regionales y sobre organizaciones del Sistema Nacional de Salud (Consejos Departamentales y Distritales) y Secretarias de Salud de las Gobernaciones (KURZ, 1997, p. 3).

Na reorganização desta instituição, os objetivos estavam voltados à capacitação de médicos clínicos gerais para atenção em saúde mental, a reorganização de salas de internação nos Hospitais Regionais e Centros de Saúde, incluir serviços de saúde mental na atenção primária e, também, realização de ações de prevenção e promoção em saúde mental.

Porém, Kurz (1997), assinala que não vem ocorrendo formulação de políticas na área, assim como capacitação permanente aos profissionais. Os serviços estão concentrados na capital do país e na área metropolitana, não ocorrendo uma descentralização dos mesmos, dificultando ainda mais a atenção nesta área. “Sin embargo, lá violacion de los derechos humanos del enfermo mental [...] constituye una práctica constante y sistematica de discriminacion” (PORTILLO, 2005, p. 2).

Levando em conta os objetivos propostos na reorganização do Hospital Regional e a aprovação da Resolução nº 326 em 1997, o Ministério da Saúde criou, neste mesmo ano, uma das primeiras unidades de saúde mental em hospital regional. Esta unidade foi implantada no Hospital Regional da Região sanitária Amambay²⁶.

Informamos que neste documento consta a afirmação, em suas considerações, de “su adhesión a lá Declaración de Caracas, y el propósito de la atención descentralizada en salud mental como politica del gobierno nacional” (KURZ, 1997, p. 3).

Entretanto, Kurz (1997, p.4-5) assinala que,

El manicômio há solicitado al Congreso Nacional lá suma de 17.324.052.250 guaranies para el presupuesto total de 1.998, (más del doble que el presupuesto del año 1997) lo que aseguraria su mantenimiento y extensión. Solamente para los gastos del Hospital Psiquiatrico se han solicitado 13.345.082.995 guaranies, y para la descentralización (llamado proyeto de promoción y prevención de la salud mental) se han solicitado 3.978.969.255 guaranies, pero de éste ultimo presupuesto el 44% corresponde a la ejecución de construcciones, adquisición de maquinarias, equipos, drogas y medicamentos, los elementos esenciales para reproducir los establecimientos y prácticas manicomiales. Al estar a cargo de la institución psiquiatrica (concepto, prácticas, normas, establecimientos, dispositivos legales y corporaciones profesionales), y en concreto, del Hospital Psiquiatrico (el representante más genuino de la cultura manicomial), el proyectode descentralización puede distribuir el Manicomio en miniatura en las 18 regiones sanitarias del país.

²⁶ Amambay é uma subdivisão administrativa do Paraguai. A capital do Departamento é a cidade de Pedro Juan Caballero

Neste sentido, a autora questiona a forma como vem sendo conduzida a Reforma Psiquiátrica no país, alertando que é necessário tomar alguns cuidados para não ocorrer apenas uma mudança do espaço institucional e que, ao contrário de uma transformação social, possa estar ocorrendo apenas uma reprodução do espaço asilar nestes novos serviços. “Las personas em su mayoría , no pueden obtner atención en salud y educación en su comunidad, y cuando pueden llegar a un hospital o centro de salud son ‘derivados’ a INPRO²⁷ o al hospital psiquiatrico” (KURZ, 1997, p. 8).

Outro aspecto destacado como indicador da realidade do setor de saúde mental paraguaio, refere-se ao fato de que “ los derechos humanos de los enfermos mentales también son sistematicamente violados por el sistema judicial paraguaio”(PORTILLO, 2005). A maior penitenciária do país, localizada em Tacumbú, possui um setor denominado de “pavilhão psiquiátrico”, ao qual são enviados os portadores de transtornos mentais. “Los enfermos mentales, según lo Codigo Penal paraguay, son irreprochables. Sin embargo, los enfermos en muchos caos son imputados, processados y condenados, cuando en realidad lo que se deberia hacer es tratarlos”.

No Plano Nacional de Saúde, é possível identificar alguns aspectos que remetem a uma certa preocupação às questões de saúde mental. Estes aspectos são identificados através da atenção dispensada aos adolescentes devido ao uso de substâncias químicas, álcool e à gravidez não desejada. Outro aspecto refere-se aos acidentes e à violência, que vem constituindo uma causa importante de enfermidade, hospitalização e morte. “Debe destacarse la violencia contra la mujer como una problemática relevante en la sociedad ” (Paraguay, 1999). Conforme trabalhado no capítulo anterior, a violência e o uso de substâncias químicas influenciam diretamente a saúde mental.

Verificamos que, neste país, a busca por formulações legais em saúde mental se dá de forma incipiente. Constam em algumas legislações, artigos que citam os portadores de transtornos mentais. Porém, estes artigos continuam normatizando as práticas psiquiátricas convencionais, focalizadas na periculosidade, na incapacidade, na irresponsabilidade, privando-os desta forma, de seus direitos de cidadão.

²⁷ A INPRO é um Instituto Nacional de Proteção as pessoas com problemas excepcionais, oferece serviços básicos de reabilitação na área metropolitana de Assunção. Este órgão atende somente pessoas com deficiências físicas, não prestando atendimento aos portadores de transtornos mentais, sendo estes encaminhados ao hospital psiquiátrico.

Kurz (1997, p. 2), ao apontar alguns artigos existentes assinala, que estes deveriam ser revisados, tendo em vista que limitam a cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Dentre eles, a autora cita o Artigo 91 da Lei Eleitoral,

En el Código Civil: -Los artículos 37, 38, 40 y 41 que hablan de la Capacidad e Incapacidad de Hecho.- Los artículos que hablan de la interdicción y de la inhabilitación (Capítulo VI); - Los artículos 144 y 146 que hablan de la capacidad para contraer matrimonio y de los impedimentos; - Los artículos que hablan de la curatela de las personas; - los artículos que hablan de la responsabilidad por hecho propio y por hecho ajeno; - El artículo 1.850 que habla de la responsabilidad sin culpa; - El artículo 18 del Código Penal (KURZ, 1997, p. 3).

Portillo (2005), reitera as análises acima, apontando que o Paraguai não tem implementado ações importantes permitindo vislumbrar transformações no setor de saúde mental e na garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais. Segue assinalando que o Hospital Neuropsiquiátrico²⁸ é a única instituição assistencial a nível nacional e, praticamente, não se tem desenvolvido modelos comunitários de auto-gestão e descentralizados que permitam a substituição do atual modelo de atenção em saúde mental vigente no país.

Los avances se pueden calificar de limitados, puntuales y aislados. Merece mención la unidad en Salud Mental de Pedro Juan Caballero, funcionando em Hospital Regional de dicha ciudad, la cual se logra mantener luego de un proceso largo y penoso de más de 10 años. Existen otras iniciativas de unidades descentralizadas en capitales departamentales, que cuentan con poco apoyo. Si se torna la mirada hacia el hospital Psiquiátrico, se nota su hegemonia en términos de monopolización de recursos, de superpoblación, y aún con muestras evidentes de retrocesos y adopción de decisiones y medidas contrarias a las recomendaciones de las declaraciones internacionales (PORTILLO, 2005, p.02).

Conforme anteriormente citado, a Direção de Saúde Mental é o órgão encarregado das questões referentes à área. Ela apresenta algumas diretrizes que devem ser adotadas na condução da assistência aos portadores de transtornos mentais. Estas diretrizes são denominadas como “missão” e “visão”.

Assim, a missão para este órgão é identificada como,

²⁸ Hospital Neuropsiquiátrico é como vem sendo denominado o hospital psiquiátrico após sua reforma e reorganização, anteriormente citada.

- Organismos normo - operativos, que sin distinción de etnia, religión, genero, edad, ideología, político o condiciones socio-económicas – cultural se Cúa de promover lá salud mental, prevenir trastornos mentales, adicciones y atender a las personas con abusos de sustancia a lo largo de todo el ciclo de vida con participación de sus familias y de la comunidad; - Promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso optimo de las potencialidades sicológicas, cognitivas, afectiva, y relacionales para el logro de metas individuales y colectivas en concordancia con la justicia y el bien común; - Prestar cooperación técnicas con otros organismos del sector publico, privado y de sociedad civil organizada desde una perspectiva integral, participativa y comunitaria (PARAGUAY).

Conforme o preconizado para o setor através da “missão” da Direção de Saúde Mental é possível observar a predominância com aspectos de promoção e prevenção da saúde mental, indicando que o tratamento deve ser feito com inserção na família e na comunidade.

A segunda diretriz diz respeito à “Visão” adotada pela Direção de Saúde Mental, entendida como:

La reforma de salud mental se desarrolla y aplica en el Paraguay bajo el liderazgo y la gestión de la dirección desde una perspectiva de respeto de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas con transtornos mentales y con abbuso de sustancias, se promueve la salud mental como contribución al desarrollo integral de las personas y grupos y a la paz social (PARAGUAY).

Identifica-se, através da “Visão”, que a gestão da saúde mental está sob responsabilidade da Direção de Saúde Mental, e destaca o aspecto do desenvolvimento de uma Reforma Psiquiátrica sob o ponto de vista da garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais, como perspectiva de ação. Este aspecto pode ser confirmado pelas poucas iniciativas, tanto legais como práticos.

Acerca destes aspectos anunciados pela Direção de Saúde Mental, Portillo (2005), chama atenção no sentido de que, mesmo a Direção tendo definido dentro de seus planos, algumas estratégias para a área de saúde mental, os recursos destinados em termos econômicos e humanos são insuficientes. Entende-se, desta forma, que efetivamente, pouco vem sendo feito para que essas propostas sejam de fato concretizadas.

Desde el momento en que las personas que padecen desórdenes mentales son minorias, particularmente vulnerables a la violación de sus derechos, más aún en las condiciones de hospitalización crónica, se evidencia la ausencia de

mecanismos legislativos que permitan la especial observación y salvaguarda de los derechos de estas minorías (PORTILLO, 2005, p. 6).

Por outro lado, destaca a existência, mesmo que em número reduzido, de grupos de trabalhadores em saúde mental, que tentam permanentemente introduzir mudanças estruturais para a construção de uma nova lógica social. Através deste movimento, algumas iniciativas vêm sendo tomadas, tanto pelo governo como por outros órgãos públicos, privados e sem fins lucrativos.

Neste sentido, a medida mais recente do que vem ocorrendo no Paraguai, na área da saúde mental, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas com transtornos mentais, é o Acordo firmado em março de 2005, entre o governo deste país e as organizações não governamentais – ONG's, Mental Disability Rights International (MDRI), o Centro de Justiça Internacional (CEJIL) e a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (CIDH).

O Acordo, em um primeiro momento, tem como principal objetivo melhorar as condições de vida dos 400 pacientes que vivem no Hospital Neuropsiquiátrico, através da implementação de um plano de reforma para diminuir a super-população que se encontra asilada nesta instituição. Outro aspecto deste Acordo a ser destacado é o comprometimento do governo paraguaio em criar e implementar serviços de saúde mental comunitários e descentralizados, para que os usuários destes serviços possam ser atendidos em suas comunidades. Esse acordo reforça as propostas da Resolução de 1997, que acabaram não sendo, de fato, executadas.

Como parte deste plano o Paraguai deveria estar reformando seus serviços, políticas e legislação nacional de saúde mental, visando promover e proteger os direitos dos portadores de transtornos mentais.

Vale salientar que este Acordo decorre, das medidas cautelares de proteção outorgadas, ainda, em dezembro de 2003, a favor dos 460 pacientes internados no Hospital Neuropsiquiátrico do Paraguai, após as denúncias feitas a esta instituição.

Lá CIDH ordenó al Estado que tomara estas medidas tras conocer las condiciones deplorables, insalubres e infrahumanas en que se encontraban los pacientes del hospital. La CIDH consideró que las mismas representaban una grave amenaza a los derechos a la vida, a la integridad y a la seguridad de los 460 pacientes, algunos de los cuales eran niños que se encontraban reclusos en celdas de aislamiento desde hacia más de cuatro años. La decisión incluyó la adopción urgente de medidas destinadas a proteger la vida y la integridad física, mental y moral de los pacientes y asimismo la restricción del uso de celdas de

aislamiento bajo las condiciones establecidas en los parámetros internacionales sobre la materia (PORTILLO, 2005, p. 6).

Estas medidas incluem a exigência de melhores condições higiênicas e sanitárias, a adoção de terapias que não somente aquelas que fazem uso exclusivo de psicofármacos e sim através de medidas terapêuticas substitutivas que objetivem a reabilitação, a reinserção social e o resgate da cidadania dos portadores de transtornos mentais.

Este cenário fez com que o governo paraguaio, juntamente com estas organizações, negociasse um plano estatal para dar cumprimento às medidas cautelares. Este plano deve ser construído de forma plenamente consistente, visando atender os compromissos internacionais assumidos pelo Paraguai como, por exemplo, a Declaração de Caracas. Desta forma, este plano deve contemplar, entre outros aspectos, estratégias concretas, com prazos estabelecidos, ações apropriadas e recursos previamente definidos para execução das propostas. Estes aspectos são indispensáveis para que as medidas outorgadas sejam cumpridas.

A Organização Panamericana de Saúde – OPS, ressalta a importância de continuar colaborando tecnicamente com o Paraguai e com a Comissão Interamericana de Direitos Humanos, no processo de reforma do sistema nacional de saúde mental desencadeado. Destacam desta forma a necessidade de,

La creación de los servicios basados en la comunidad, la capacitación técnica del personal de salud mental y de atención primaria y la revisión de la legislación nacional sobre salud mental de conformidad con las normas, estándares y compromisos regionales e internacionales establecidos por el derecho internacional de derechos humanos (PORTILLO, 2005, p. 07).

O Paraguai encontra-se em um processo recente de organização no sistema de saúde. As mudanças que vem ocorrendo na saúde mental decorrem muito mais devido à exigências de órgãos internacionais do que a um movimento interno de mudanças. “Proyectos de ley no han prosperado y hoy seguimos asistiendo a un sistema que apela a dicho procedimiento en forma arbitraria” (PORTILLO, 2005, 03).

Desta forma, é possível afirmar que, atualmente, a política de saúde mental vigente, neste país, encontra-se ainda definida pelos parâmetros do modelo hospitalocêntrico, com falta de recursos humanos e materiais.

Esse aspecto é reiterado na fala de dois entrevistados que, contrariamente a posição anteriormente afirmada por outros entrevistados, apontam a realidade da saúde mental no Paraguai como crítica e não correspondendo à necessidade da demanda.

O Paraguai é um país que encontra-se em processo de organização de todo o seu sistema de saúde. Não oferece atendimento a grande maioria da população. Em saúde mental o Paraguai não tem nem uma política, nem uma lei que garanta o atendimento. O hospital regional é que realiza algum atendimento nesta área (AO, 2006).

Não ha nada em saúde mental no Paraguai. A demanda é grande, mas não vem ocorrendo uma preocupação, estamos atendendo ainda da maneira tradicional, onde a grande maioria só consegue algum tipo de atendimento quando está vivenciando uma crise grave (UI, 2006).

Apesar da tentativa de reformulação do sistema atual por uma rede de serviços comunitários, até o momento desta investigação não havia a implementação de nenhum programa ou Lei na área.

QUADRO ATUAL DA ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NOS DOIS MUNICÍPIOS DA FRONTEIRA: Foz do Iguaçu e Ciudad del Este

No contexto da desinstitucionalização, a extensão do cuidado ao portador de transtorno mental à comunidade, implica na construção de uma prática terapêutica em rede, ou seja, através de serviços diversificados que substituam a internação em hospital psiquiátrico.

Pensou-se nestes espaços em um contexto de políticas públicas que, por si só, rompem com a exclusão do portador de transtorno mental e garantem, minimamente, alguns direitos a estas pessoas que caracterizam-se, neste capítulo, a realidade de serviços em saúde mental oferecidos, na região de fronteira, pelos municípios de Foz do Iguaçu e Ciudad del Este. Importante deixar claro, que não temos o objetivo de analisar a prática institucional, mas, identificar a rede de serviços públicos em saúde mental destes municípios, relacionando com a percepção dos profissionais acerca da dinâmica da mesma.

Ao romper com o modelo tradicional, a Reforma Psiquiátrica conduz a novas alternativas terapêuticas, de modo que o hospital psiquiátrico passa a desempenhar funções específicas, e o lugar do cuidado deixa de ser o asilo e converte-se ao território.

O território, na sua dimensão de área de abrangência dos atendimentos, no distrito de um município, refere-se à “a área de responsabilidade de uma unidade de saúde. Baseia-se em critérios de acessibilidade geográfica e de fluxo da população” (SOUZA UNGLERT, 1999, p. 222). Entretanto, enquanto micro-local, é gerador de uma dinâmica na qual os grupamentos humanos (por exemplo, famílias, creches) se organizam numa territorialidade geográfica, política e simbólica. Nesta dinâmica, pessoas e grupos estariam mais ligados ao espaço simbólico-cultural e as relações de afetividade aí vivenciadas, do que ao espaço geográfico em si. A territorialidade mostra-se como uma âncora ou ponto de referência cultural em que se vive em conjunto com os outros por uma determinada duração de tempo.

É o que Milton Santos (2002), apresenta como território da vida, território das trocas (simbólicas e materiais) e das relações sociais. Neste território dinâmico, ocorrerá a construção da rede de serviços em saúde mental, possibilitando um diálogo nas práticas intra e interinstitucionais.

Entendemos, desta forma, que a construção de novas práticas implica invenções terapêuticas comprometidas com a liberdade e a inclusão social do usuário de saúde mental. Para o alcance deste objetivo, segundo Saraceno (1999), deve-se estimular uma práxis que possibilite a *construção de espaços de troca* para o desenvolvimento de relações, pois somente a partir destes espaços a cidadania pode ser exercitada.

Alguns conceitos foram sendo desenvolvidos em consonância com a prática desses serviços, tornando-se fundamentais para a efetivação do processo de desinstitucionalização, dentre os quais deve-se destacar a *tomada de responsabilidade e o território*.

O conceito de *tomada de responsabilidade* está intrinsecamente relacionado ao de *território*, na medida em que o primeiro refere-se à “responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção” (DELL’ACQUA & MEZZINA, 1996, p. 62).

Tal responsabilidade não se reduz ao atendimento da população que necessita de ajuda nos “moldes tradicionais” (consultas psicológicas e médicas), ao contrário, amplia-se ao considerar a complexidade do estado de sofrimento do sujeito, observando primordialmente a sua rede de relações sociais²⁹ (família, trabalho, vizinhos, amigos), para que a intervenção incida na vida do sujeito e não sobre o sintoma que ele produz.

Esta aproximação do serviço à rede de relações sociais do usuário, ou seja, ao território, gera uma relação de cumplicidade e confiança, aumentando os recursos do serviço em situações mais complexas, como a da crise. Neste caso, mesmo havendo a recusa do usuário em se dirigir ao serviço, este se dispõe a ir ao seu encontro, podendo contar com a colaboração das pessoas que formam a sua rede de relações sociais.

Rotelli estabelece uma diferença ao considerar que,

Aquilo que vocês chamam de comunidade pode ser um grande deserto, pode ser um lugar da anomia, mas no território, e não na comunidade, existem forças vivas e não forças mortas existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam, pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e devemos cada vez mais trabalhar, se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então, o saber do paciente, o saber do sujeito paciente, o saber dos

²⁹ Lobato (2000, p. 21 e 23) assinala que “o conceito de rede social implica num processo de construção permanente, tanto individual quanto coletiva”, e, portanto, a rede social significativa de um sujeito, ou seja, a “trama de vínculos relacionais” que ele estabelece não é imutável, encontrando-se em constante processo de mudança.

familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território, devem ser incorporados em nossa prática (ROTELLI, 1992, p. 155).

A *tomada de responsabilidade* e o *território* tornaram-se, para a experiência italiana de desinstitucionalização, centrais para a estruturação dos serviços substitutivos, na medida em que seus precursores abandonaram a estrutura hospitalar como retaguarda para possíveis encaminhamentos, sendo, portanto, responsáveis por toda a demanda. De acordo com essa concepção, o *território* é considerado o espaço das redes de relações sociais, que produz mecanismos de inclusão e exclusão e precisa ser trabalhado, não se reduzindo à comunidade e/ou a área geográfica.

Um Programa de Saúde Mental que se estrutura concebendo o trabalho territorial como o viés das suas ações, tende a prescindir da estrutura asilar por considerar como espaço de intervenção o local onde se desenvolvem as redes de relações sociais do sujeito. Para a aplicação desses valores, o serviço tem a função de formar uma rede sanitária e não-sanitária que possa se articular em qualquer situação, até mesmo nas mais complexas, como as de crise.

Se esse propósito é alcançado, o hospital psiquiátrico tende a perder a sua preponderância, tornando-se obsoleto na nova rede que se forma, o que caracteriza esse serviço como substitutivo ao modelo asilar. A *tomada de responsabilidade*, ao ser assimilada como princípio básico do Programa, permite que as ações sejam inteiramente direcionadas para o lugar onde se dá a vida cotidiana do usuário. Neste caso, a casa, o trabalho, torna-se possíveis lugares de intervenção, assim como a família e os vizinhos tornam-se recursos que podem ser ativados. (OLIVEIRA, 2004).

Os diversos dispositivos em saúde mental acabam formando uma rede sanitária de atendimentos aos portadores de transtornos mentais que pode ser assim, apreendida,

O novo sistema de redes institucionais deveria assim funcionar como um circuito integrado de serviços de saúde mental, com as funções terapêuticas e sócio-assistencial dominantes, tendo como porta de entrada as organizações sanitárias territoriais (VIEIRA FILHO, 2004, p. 375).

Neste sentido, o autor assinala que a idéia de rede remete,

a uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se

multiplicar em novas unidades, aos quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto na medida em que são fortalecidas por ele (VIEIRA FILHO, 2004, p. 376).

Assim, a articulação desta lógica de rede é calcada em várias instâncias, como por exemplo, as de cuidados básicos, ambulatoriais, leitos de hospitais gerais, centros de atenção psicossocial, residências terapêuticas e outras, que se concretizam num determinado espaço geosocial. No entanto, posterior à construção desta rede, o que permite efetivamente seu funcionamento de forma adequada é a interligação profissional entre os serviços intra e interinstitucionais.

Neste sentido, entendemos que as redes de atendimento em saúde mental, quando estruturadas de forma organizada, permitem evitar internações psiquiátricas, devido ao fato de oferecerem aos usuários de saúde mental, serviços integrais que produzem resultados positivos e que dão conta de sua problemática sócio-existencial e de saúde mental.

Neste contexto, surgem novos sujeitos e as internações deixam de ser o único discurso terapêutico. Reforça-se a equipe multiprofissional e a comunidade em que se insere o serviço, configurando-se a construção de uma rede de serviços substitutivos à internação, possibilitando, desta maneira, que a pessoa seja cuidada em seu meio social, envolvendo a família no tratamento.

Essa visão redimensiona todo o processo concebido até então através do binômio saúde/doença, podendo ser compreendido através da tríade saúde-doença-cuidado (DAVID, 2001). Essa posição é coerente com a base teórica para a reorientação do modelo de atenção que afirma a concepção de saúde como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e de promoção de saúde.

REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Foz do Iguaçu

O município de Foz do Iguaçu, através da Secretaria Municipal de Saúde, tem sua rede de serviços de saúde organizada em 18 (dezoito) Unidades de Saúde prestadoras de assistência na atenção básica, sendo que em algumas destas unidades funcionam, também, a Estratégia Saúde da Família – ESF, 5 (cinco) Núcleos de Saúde que prestam atenção básica e especializada, 2 (dois) Pronto-Atendimento com funcionamento 24 horas, 1 (um) Centro de Especialidades

Médicas, 1 (um) Centro Materno Infantil destinado ao atendimento de gestantes brasiguaias³⁰, 1 (um) Centro de Reabilitação Auditiva, 1 (um) Centro de Reabilitação Física, Motora e Social, 1 (um) Centro de Orientação e Apoio Sorológico, 1 (um) Serviço de Atendimento Especializado, 4 (quatro) Clínicas de Fisioterapia, 1 (um) Hospital Geral, 1 (um) Centro de Nutrição Infantil, todos conveniados ao Sistema Único de Saúde – SUS (SILVA, 2006).

Esta rede está organizada numa lógica distrital, com base territorial. Conforme SILVA (2006, p. 53),

O município, em termos de organização sócio espacial na área da saúde, encontra-se dividido em cinco grandes Distritos Sanitários, onde todos comportam 05 unidades e um Núcleo de Saúde, diferenciando desta estruturação apenas o distrito leste da cidade que abarca o maior contingente populacional e, por esta razão, mantém um serviço de Pronto Atendimento 24 h para urgência e emergência. O distrito central, ou região oeste comporta, além das unidades e núcleo de saúde, todos os demais serviços.

O sistema de saúde pública deste município está organizado a partir da Lei Orgânica da Saúde - LOS, inserido na Gestão Plena do Sistema de Atenção, atualmente presta ações e serviços na atenção básica, média complexidade (assistência especializada) e alta complexidade.

Silva (2006, p. 55), acerca da divisão em distritos sanitários deste município, discorre que o mesmo está longe de assumir uma concepção centrada na territorialidade, inscrita na LOS, e que Foz do Iguaçu tem sua rede de ações e serviços pautados na distritalização, com base no território solo, “visão antagônica da realidade de fronteira marcada pelo intenso fluxo populacional inter/transfronteiriço”.

Ao adotar essa lógica de implementação e de operacionalização das ações distritais de saúde, o município não apreende a dinâmica fronteiriça e os processos sociais dela decorrentes, pois não leva em conta que alguns segmentos populacionais residentes em lados opostos da fronteira. Essas características não são contempladas nem introduzidas na gestão dos serviços. Assim, a concepção de distrito sanitário abarca uma perspectiva de fronteira para dentro, em que somente tem assegurado o direito a saúde aos munícipes residentes no lado brasileiro da fronteira (SILVA, 2006, p. 55)³¹.

³⁰ Este Centro foi criado em julho de 2006, com recursos financeiros da Itaipu Binacional. Presta atendimento a gestantes brasileiras que residem no Paraguai durante a gestação, podendo estender-se até doze (12) dias posterior o parto (SILVA, 2006).

³¹ Mais informações acerca da atenção em saúde aos brasiguaios na região de fronteira Brasil e o Paraguai ver Silva (2006).

É nesta lógica de organização dos serviços de saúde de Foz do Iguaçu que estão inseridos os serviços de saúde mental em funcionamento no município.

Ao identificar os serviços de saúde mental na rede pública municipal, que foram sendo gradualmente implantados, percebeu-se que serviços privados prestam atendimento na área, a fim de complementar a rede de assistência.

Atualmente, Foz do Iguaçu tem em funcionamento na rede os seguintes serviços (públicos e privados) na área: 1 (um) CAPS II, 1 (um) CAPS ad, 1 (um) ambulatório, 2 (dois) hospitais psiquiátricos, 1 (um) hospital-dia, 1 (um) residência terapêutica e 1 (uma) associação de usuários e familiares.

Esta realidade é recente na história da saúde mental de Foz do Iguaçu, conforme relato abaixo,

A gente vem de um déficit de anos e anos sem uma política de saúde mental de fato acontecendo em Foz do Iguaçu. Então, esses 15-20 anos até, março do ano passado, se tinha no município: AIH³² para internação no hospital integral fora do município e, um ambulatório com dois psiquiatras 20 horas cada um, e uma enfermeira, ou seja, uma equipe muito pequena [...] público de fato não havia nada, tudo era subvencionado ao SUS (CM, 2006).

A realidade municipal difere da trajetória desencadeada pelo Estado do Paraná, um dos primeiros Estados a formular uma Lei estadual que estabelece algumas diretrizes para os cuidados aos portadores de transtornos mentais³³.

Concernente à rede pública municipal, está implantada a modalidade de serviço CAPS II³⁴, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 a 200.000. Este serviço teve suas atividades iniciadas em março de 2005 mas, segundo a Coordenação de Saúde Mental deste município, o credenciamento havia ocorrido ainda no ano de 2002 para 2003. Porém, o gestor da época acabou implantando este equipamento sem seguir as

³² AIH – Autorização por Internação Hospitalar

³³ Lei nº 11.189 de novembro de 2005, que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados de transtornos mentais.

³⁴ Sobre estes serviços já foi tratado no capítulo III deste estudo, entretanto, assinalamos que todas as modalidades de CAPS (I, II, III, ad, i) tem em comum as seguintes características, conforme Portaria nº 336/02: a) responsabilidade, sob coordenação do gestor local, da organização da demanda, da rede de saúde mental em seu território; b) tem capacidade para ser regulador da porta de entrada da rede; c) coordenar a supervisão das unidades hospitalares; d) supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica; e) manter atualizado os cadastros dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais na área. Diferenciam-se em alguns aspectos como, período de funcionamento e permanência noturna do paciente no local.

normas estabelecidas para o mesmo, quando iniciou suas atividades juntamente ao ambulatório, serviço já existente na época.

O município mandou o projeto de CAPS ao Ministério da Saúde, recebeu o dinheiro e não implantou o CAPS, isso em 2002/2003. Foi contratar uma psicóloga e colocar uma assistente social da rede que trabalhava 5 horas, 20 horas na semana. E elas faziam o que podiam, alguns grupos operativos, alguns grupos terapêuticos, mas em um ambiente e espaço físico que era do ambulatório, inadequado para isso, com pouquíssimas atividades de fato. Então não era um CAPS embora tivesse um projeto aprovado e dinheiro havia sido recebido e um credenciamento havia sido feito (CM, 2006).

Conforme a fala de um dos entrevistados, o município permaneceu por muito tempo oferecendo apenas um serviço ambulatorial para a área. Apesar do recebimento do incentivo financeiro no valor de R\$ 50.000 para a implementação, isso não ocorreu, sinalizando não ser prioridade do gestor da época, implementar uma política municipal de saúde mental. Esse acontecimento é um típico exemplo da distância entre a intencionalidade da Lei e a sua execução, sem a qual não se consegue avançar na ampliação e na execução das políticas públicas sociais.

O recurso financeiro repassado a este município é disponibilizado pelo Ministério da Saúde³⁵, objetivando a ampliação, a estruturação e a consolidação da rede extra-hospitalar proposta pela política nacional de saúde mental, em favor da desinstitucionalização do paciente.

Apesar dos impasses vivenciados neste período, a partir de 2005, este dispositivo vem funcionando conforme a Portaria 336/02³⁶.

Então a gente começou. A primeira coisa que fez foi organizar o CAPS de transtorno mental, sem o incentivo do Ministério porque já não tinha mais, já havia sido gasto. Mas, o município organizou um espaço físico, contratou uma equipe inteira seguindo a Portaria nº 336, todos os técnicos que precisavam [...] tem espaço físico adequado, espaço e bom (CM, 2006).

Desde então, realiza atenção diária, desempenhando diversas atividades. Dentre elas atendimento individual através de fornecimento de medicação, psicoterapia, orientações, entre outras. As consultas individuais com o profissional de psicologia ocorrem nos casos em que o

³⁵ A Portaria nº 1.455 de 2003, aprova e define incentivo financeiro para cada CAPS habilitado pelo Ministério da Saúde nos municípios. Estes incentivos são transferidos em parcela única e com valores diferenciados para cada modalidade do CAPS.

³⁶ Esta Portaria e as demais que vieram a ser citadas neste capítulo, já foram trabalhadas no capítulo anterior que tratou acerca da política nacional de Saúde Mental de Brasil e Paraguai.

paciente encontra-se em uma situação de maior urgência, tendo em vista o número da demanda. Acerca desta situação uma das entrevistadas relata que,

Aqui no CAPS é somente para os pacientes do programa, não tem como, pois, nem para todos os pacientes a gente está dando este atendimento psicoterápico, este é feito em grupo. E apenas os paciente com maior necessidade de atenção, estão recebendo este atendimento individual (TB, 2006).

Este fato demonstra que o serviço da forma como está organizado, por si só, não consegue atender sua clientela da forma como vem sendo preconizado, através de atendimento de qualidade, respeitando a subjetividade e o contexto social de cada usuário. Assim, acaba não garantindo um potencial substitutivo ao hospital psiquiátrico.

Nesta unidade ocorre atendimento em grupo, objetivado através de psicoterapia, atividades de suporte social e grupos operativos. Os grupos operativos destacam-se no trabalho da equipe, nestes são desenvolvidas diversas habilidades nos usuários, como o aprendizado da técnica de tear, aulas de música, crochê, tricô, fabricação de bijuterias, aulas de pintura em cerâmica e tela, entre outras atividades. Este trabalho envolvendo recursos terapêuticos diferenciados “são novos passos para a reconstrução de relações e da capacidade de estabelecê-las” (DELLA`AQUA & MEZZINA, 1996, p. 70).

Além dos atendimentos oferecidos aos usuários, as famílias também são atendidas, quando necessário, pelo serviço. Neste sentido, são realizadas orientações e esclarecimentos acerca das dúvidas levantadas, tanto pelos familiares como pelo paciente. Estas geralmente referem-se à sintomatologia, ao diagnóstico, à psicofármacos entre outros.

Visitas domiciliares são realizadas, mas não periodicamente, ocorrendo em casos de necessidade. Apesar desta colocação, entendemos ser a visita domiciliar um importante instrumento que propicia conhecer as condições reais de vida, habitação, história, bem como as relações sociais às quais o usuário está inserido. Conhecimento necessário para definir a terapêutica apropriada, tendo em vista ser no espaço familiar e comunitário que transcorre a vida deste cidadão.

O CAPS II está atendendo no total, 220 pacientes sendo que destes, 45 estão em período intensivo, 75 semi-intensivos e 110 não intensivos³⁷, todos moradores do município.

Conforme a Portaria 336/02 a equipe técnica mínima para atuação neste serviço é de 1 (um) médico psiquiatra, 1 (um) enfermeiro com formação em saúde mental, 4 (quatro) profissionais de nível superior (assistente social, psicólogo, terapeuta ocupacional e outros) e 6 (seis) profissionais de nível médio (técnico/auxiliar de enfermagem, técnico administrativo e outros). Entretanto, conforme pode ser evidenciado na fala abaixo, a realidade em termos de recursos humanos neste programa apresenta falta de técnicos para completar a equipe.

A equipe é composta por um assistente social, também diretora da unidade, um psicólogo, um psiquiatra, uma enfermeira, técnico e auxiliar de enfermagem e quatro estagiários (um de educação física, dois de psicologia e um de serviço social) (TB, 2006).

Este fato clarifica o aspecto anteriormente exposto, quando os pacientes acabam ficando sem terapia individual devido ao fato de alguns profissionais, entre eles a profissional de psicologia, não conseguir atender todos os usuários do serviço. Esse aspecto deveria ser reavaliado, pois a efetividade de um tratamento em saúde mental está diretamente relacionado à terapêutica individual. Esta deve levar em conta as condições sócio-existenciais e o processo de sofrimento de cada usuário, exigindo trabalhos terapêuticos diferenciados.

É importante assinalar que o porte populacional de Foz do Iguaçu já comporta a implementação do CAPS III, que pode ser implementado em municípios com população acima de 200.000 habitantes. O diferencial deste dispositivo refere-se ao seu nível de complexidade que caracteriza-se pela atenção diária 24 horas, incluindo feriados e finais de semana. Diferencia-se dos demais pelo acolhimento noturno, o paciente poderá permanecer entre 7 (sete) a 10 (dez) dias corridos, intercalados em um período de 30 (trinta) dias. Esta modalidade oferece serviço que substitui a internação hospitalar e a necessidade de sua implantação desta modalidade de serviços, em Foz do Iguaçu já está presente na realidade cotidiana dos casos atendidos na urgência e emergência, conforme pode ser apreendido por uma das falas:

³⁷ A Portaria nº 336/02 define como atendimento intensivo aquele destinado aos pacientes que, em função de seu quadro clínico atual, necessitem acompanhamento diário; semi-intensivo é o tratamento destinado aos pacientes que necessitam de acompanhamento freqüente, fixado em seu projeto terapêutico, mas não precisam estar diariamente no CAPS; não-intensivo é o atendimento que, em função do quadro clínico, pode ter uma freqüência menor.

Como é que funciona a questão dos 24 horas. Eles recebem os casos de um surto grave, lá ele é medicado. O ambulatório funciona das 8 às 18 horas,. Então, por exemplo, um surto que é feito as 8 da noite, vai para o 24 horas, ele fica em observação e no dia seguinte vai ate o ambulatório. Aí no ambulatório é que se decide se ele vai para internação integral ou não. A única condicao que nós autorizamos internação integral, pelo 24 horas, é em um feriado longo, ou no fim de semana (CM, 2006).

Neste sentido, identificamos que a implantação do CAPS III poderia atender estes casos, evitando, assim, internações desnecessárias em hospitais especializados através do serviço ambulatorial.

Outro serviço disponível na rede é o CAPS ad, voltado para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e da dependência de substâncias psicoativas. Entre suas características destaca-se o fato de manter leitos para desintoxicação, podendo ser de 2 (dois) a 4 (quatro) em cada unidade.

No CAPS ad, assim como no CAPS II, são desenvolvidas diversas atividades, nas quais estão incluídos os atendimentos individuais, grupais e familiares. Nos atendimentos grupais são oferecidos grupos operativos em que os usuários também desenvolvem algumas habilidades.

Entretanto, este serviço está em implantação, sendo que muitas atividades estão ainda em fase de planejamento, tendo em vista que iniciou seu funcionamento em fevereiro de 2006.

Porém, mesmo este serviço tendo sido implantado recentemente, o número de usuários é bastante expressivo, contando atualmente com uma média de 300 cadastros.

No CAPSad a gente atende mais de 300 pessoas, claro que elas não ficam todas aqui. Que permanecem em período integral mesmo, nós temos em média um número de 25 a 30 pacientes, que é os que vem todos os dias. Os outros não são intensivos (CM, 2006).

Este fato pode ser desencadeado tendo em vista a característica própria desta região de fronteira, com números alarmantes de tráfico de drogas e armas, e o conseqüente uso de substâncias químicas, estando diretamente relacionado à condição de saúde mental de quem vivencia tal realidade

A equipe técnica deste serviço é composta pelo número exigido pela Portaria nº 336/02, sendo 1(um) médico psiquiatra, 1 (um) médico clínico geral, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) assistente

social, 1(um) psicólogo, 1 (um) terapeuta ocupacional, auxiliares de enfermagem, técnico administrativo.

Funciona com porta aberta e recebe toda a demanda do município de álcool e droga. Tem sido uma experiência muito boa, porque a gente funciona dentro do paradigma de redução de danos, então, as pessoas estão construindo sua cidadania aqui (CM, 2006).

Tanto o CAPS II quanto o CAPSad estão definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Estas duas modalidades encontram-se no mesmo nível de complexidade, cumprem a mesma função no atendimento público, distinguindo-se apenas pelas características apontadas acima. Os dois serviços oferecem atendimento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.

Essa perspectiva de assistência está inserida, conforme foi exposto no capítulo III deste estudo, através da aprovação da Lei 10.216/01, e da Portaria nº 336/02, estes centros passaram a constitui a rede extra-hospitalar em um nível de complexidade de atuação que inclui também a internação (CAPS III), podendo, assim, substituir o hospital psiquiátrico.

A Coordenação Municipal informou que já tem aprovado, junto ao Ministério da Saúde, o credenciamento no município do CAPSi. Unidade esta, para atendimentos de crianças e adolescentes com transtornos mentais. A implantação deve ocorrer após a organização do CAPSad, recém implantado.

A gente organizou um projeto para o Ministério, aliás, a gente mandou dois projetos ao Ministério. Um de CAPS álcool e drogas (se refere ao CAPSad) e outro de CAPS para infância e adolescência (se refere ao CAPSi). Os dois foram aprovados, mas a gente organizou assim: primeiro vamos organizar um. Esse um tem que estar bem sedimentado, organizado, para depois implantar o outro.

Complementando os serviços públicos específicos em saúde mental, há o Ambulatório Especializado, sendo o primeiro serviço da área no município.

A equipe do ambulatório conforme Portaria nº 175/01, deve ser composta por 1 (um) profissional médico, 2 (dois) profissionais de nível médio com experiência e/ou capacitação específica em reabilitação psicossocial. Entretanto, a fala abaixo demonstra que a equipe atual é composta pelos seguintes profissionais:

o serviço em Foz do Iguaçu conta, atualmente, com a equipe composta por 1 (um) psiquiatra, 1 (um) enfermeiro, 1 (um) psicólogo, 1 (um) assistente social, auxiliar em enfermagem e atendente. A psicóloga é a atual coordenadora do mesmo (TB, 2006).

A respeito da composição da equipe do ambulatório, podemos identificar uma diferença bastante relevante do número destes profissionais através das informações obtidas pela Coordenação Municipal de Saúde Mental (2006), conforme abaixo,

O ambulatório foi reconstruído com 4 Psiquiátricas, médico clínico, 1 enfermeiro para fazer triagem, 1 assistente social, 1 psicólogo, vários técnicos de enfermagem e recepção.

Apesar da contradição dos dados, depreende-se que a ampliação desta equipe, em relação à exigência na Portaria, é reflexo da alta demanda existente para o serviço, exigindo uma equipe multiprofissional ampla e capacitada para dar conta de toda complexidade posta pela realidade populacional.

A equipe apresentada realiza, no cotidiano de suas ações, diversas atividades que foram sendo identificadas nas falas dos entrevistados:

este não faz atendimento psicoterápico, mas sim a nível de orientações e mediações para onde o paciente será encaminhado [...] para as psicólogas das Unidades de Saúde. É feito o contato e a interpretação da demanda, das necessidades daquele usuário, então ela faz o encaminhamento [...] temos também o grupo de acolhimento feito pela assistente social, uma vez na semana, onde o grupo vem e se trabalha mais com a relação da auto-estima, ela (refere-se a assistente social) tem uma grade de temas que são abordados, são três grupos na semana (TB, 2006).

A equipe multidisciplinar funciona dentro do ambulatório, fazendo grupos, acolhimento e outras coisas, como busca ativa e tudo isso (CM, 2006).

O ambulatório, segundo dados da Coordenação de Saúde Mental, possui em seus registros 16.000 prontuários. Entretanto, destes, apenas 3.800 encontram-se ativos. Esses dados quando extraídos através de entrevista por profissional da área, apresentam-se de forma equivocada, conforme podemos conferir abaixo:

A demanda em saúde mental em termos de prontuários ativos, aqui no ambulatório, não tenho certeza, mas pelo fluxo, é de mais ou menos, 8.000 à 10.000 pacientes. Isso porque nós também atendemos os brasiguaios (TB, 2006).

A falta de dados mais precisos acerca da real demanda neste serviço leva ao risco de um planejamento baseado em dados fictícios, podendo refletir futuramente, ainda mais do que atualmente, em um aumento da demanda reprimida e, também, em internações que poderiam ser evitadas através das consultas ambulatoriais regulares.

Deve-se destacar que a Secretaria de Saúde de Foz do Iguaçu está construindo um hospital municipal que irá atender os munícipes gratuitamente. Está prevista, entre os serviços que serão ofertados nesta instituição, a inclusão de alas para assistência em psiquiatria e para transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Esta informação é reiterada pelas falas a seguir:

Agora o município está construindo um hospital público, o hospital municipal, e nós já organizamos, o arquiteto já fez, a ala para atender psiquiatria e usuário de álcool e drogas. Me parece que são doze leitos. A gente vai organizar e treinar uma equipe de saúde mental dentro do hospital municipal para atender a psiquiatria e usuários de drogas. São leitos em hospital geral que irão começar a funcionar em agosto deste ano (CM, 2006).

O hospital geral ele não interna pacientes psiquiátricos, ele não tem alas psiquiátricas, está sendo construído um hospital municipal que fará estas internações (TB, 2006).

As unidades psiquiátricas em hospitais gerais surgem, atualmente, como alternativas às internações em hospitais psiquiátricos, sendo este aspecto uma das diretrizes mais importantes da Reforma Psiquiátrica.

Outro projeto considerado importante é o fornecimento de medicamentos, tendo em vista que a grande maioria dos usuários encontra-se em situação de ausência de condições sócio-econômicas. Alguns medicamentos são distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde; outros, de custo mais elevado, são fornecidos pela Secretaria de Estado através do Programa de Medicamentos Excepcionais. Porém, nem todos os medicamentos prescritos são contemplados nestas listas, assim, realiza-se estudo social através do Serviço Social que emitirá parecer social, para auxílio em casos de baixa renda.

Até este momento discorremos acerca dos serviços públicos municipais, que são complementados através de credenciamento da rede privada.

Os serviços privados que oferecem atendimento em saúde mental estão conveniados ao SUS, caracterizando-se pela centralização, majoritariamente, em serviços hospitalares que oferecem leitos especializados em psiquiatria.

Esse aspecto decorre tendo em vista que, até o ano 2004, a assistência psiquiátrica no município era realizada basicamente por meio de internações hospitalares, já que a estrutura manicomial e a oferta de leitos consolidava esse modelo hospitalocêntrico.

Dois hospitais psiquiátricos oferecem serviços à Secretaria de Saúde, e ambos estão situados fora do município de Foz do Iguaçu. O primeiro deles é o Hospital e Maternidade Filadélfia Ltda, localizado no município de Marechal Candido Rondon. Segundo o Ministério da Saúde, esta unidade hospitalar conta com 240 leitos destinados à prestação de serviços aos usuários do SUS (Brasil, 2004). A segunda instituição hospitalar é o Hospital Vera Cruz, localizado no município de Santa Terezinha de Itaipu, tem aproximadamente 26 leitos em psiquiatria conveniados ao SUS.

Há no município, também, um Hospital-dia credenciado ao sistema público. O hospital-dia é entendido como um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, desenvolvendo programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional e visando substituir internação integral.

Sobre este serviço a Coordenação assinala que,

Temos um hospital privado, que é chamado hospital-dia, onde todas as vagas são subvencionadas pelo SUS, aí se paga AIH³⁸ [...] inclusive ele dispunha de um carro, motorista e gasolina para buscar pacientes em casa para levar para esta instituição privada.

Foi identificado em outra entrevista que a Coordenação vem demonstrando interesse no fechamento desta instituição.

A Coordenadora travou uma luta para o fechamento do Hospital-dia. Para ela os CAPS substituem o tratamento realizado neste hospital. Lembro que na época da implantação deste serviço no município, eu era do Conselho de Saúde e foi uma luta muito grande que nós travamos para conseguir ter este serviço

³⁸ AIH- Autorização por Internação Hospitalar.

no município. Acredito haver um equívoco, pois CAPS e Hospital-dia não desempenham a mesma função (AO, 2006).

Este dispositivo vem sendo bastante difundido pela política nacional de saúde mental e, devido à reestruturação da assistência, tem aumentado o número de hospitais-dia como alternativa terapêutica de assistência ao portador de transtorno mental, evitando internações integrais.

A Secretaria de Saúde firmou convênio com uma Comunidade Terapêutica denominada de Acorador, para trabalhar em parceria com o CAPSad, como tratamento complementar para os casos de pacientes que optam ou necessitam de cuidados integrais.

Embora esta instituição não trabalhe com o mesmo paradigma adotado pela equipe do Capsad, ou seja, o paradigma da redução de danos³⁹, é um serviço antigo no município e há anos compõe a rede através de convênio com a Secretaria Municipal de Saúde.

Quando eles querem fazer algum dia, em algum local fora (refere aos pacientes solicitando internação) a gente então evita mandá-los para os hospitais psiquiátricos. A gente tem convênio com uma Comunidade Terapêutica, antiga, subvencionada em Foz, ela já fazia parte da rede. Então a gente organizou que eles podem ficar lá, 40 dias, fazendo seu período de abstinência. Porque são pessoas que fumavam 60-70 pedras de Crack por dia. Então, assim, esses 40 dias é para que eles possam dar uma 'baixada', aí eles voltam para cá. Esta instituição é o Acorador. Só que o Acorador funciona dentro da tolerância zero, que não é o paradigma da redução de danos que é a nossa aqui do município (CM, 2006).

O fato de a Comunidade Terapêutica adotar outro método de tratamento faz com que os usuários utilizem este espaço apenas para o período de abstinência. É, também, uma estratégia utilizada pelo serviço para diminuir as internações nas instituições psiquiátricas, tendo em vista que o hospital geral da região não realiza este procedimento.

Por isso nós temos o convênio só de alguns dias, para que eles possam fazer a abstinência. Ao invés de ir para um hospital integral fechado, eles vão para

³⁹ É uma estratégia pragmática, própria do campo da saúde pública, que visa reduzir os danos causados pelo consumo de drogas lícitas ou ilícitas. É aplicada aos indivíduos que, não podendo ou não querendo se abster, adotam comportamentos de risco ligados ao uso de drogas, como, por exemplo, o compartilhamento de seringas e agulhas para o uso injetável ou de canudos ou de cachimbos para consumo de crack, práticas sexuais de risco para DST/Aids, etc., trabalha com um conjunto de estratégias de intervenção que visam acessar e vincular atividades que promovam a diminuição da vulnerabilidade, inserção nos serviços de saúde, a garantia dos direitos humanos e cidadania e a reinserção social.

outra instituição que é aberta, que tem todas as melhores condições de cidadania (CM, 2006).

Acerca dos serviços privados, a mesma entrevistada relata o seguinte aspecto,

A Reforma Psiquiátrica vem justamente para poder fazer uma construção de trabalhos públicos, e não privados conveniados, principalmente, não as internações integrais (CM, 2006).

Longe de assumirmos uma posição acerca desta fala, queremos chamar atenção para o fato de que a hospitalização, mantendo desnecessariamente o paciente internado, não é o único agente que cronifica o sujeito. A cronicidade está mais relacionada à ausência de assistência e a forma inadequada como ela é prestada do que, necessariamente, ao local onde ela acontece. Em contrapartida, pacientes com quadros psiquiátricos intensificados perambulam desassistidos pelas ruas ou morrem sem conseguir um leito para internação altamente necessária, em quadro de surto.

A linha de assistência assumida pela Coordenação de Municipal de Saúde Mental segue a tendência nacional de redução de internação em hospital psiquiátrico com características asilares, privilegiando serviços extra-hospitalares. Assim, recentemente a construção de uma rede em saúde mental com diversos dispositivos vem sendo priorizada neste município.

Importante assinalar que até o ano de 2005, a Secretaria de Saúde possuía convênio com um hospital geral que tinha 7 (sete) leitos psiquiátricos credenciados ao SUS. Era um hospital filantrópico denominado de Santa Casa da Misericórdia, entretanto, por motivos financeiros, o mesmo veio a ser fechado.

Um ponto positivo identificado no município de Foz do Iguaçu é o fato de estar ocorrendo controle social por parte da sociedade civil, nos assuntos relacionados à saúde mental. Este controle social vem sendo exercido através da Associação de Parentes e Amigos do Doente Mental – Apadom, que vem, ao longo dos anos, representando e lutando por uma política municipal na área.

Faz anos que existe uma associação chamada Apadom que vem por anos e anos solicitando que se implante uma política de saúde mental. A Apadom, tem vaga no Conselho de Saúde, no Conselho de Psicologia, então, tem um grupo pressionando (CM, 2006).

Eles inclusive estão mudando o nome, devido à nomenclatura, doente mental. Ela trabalha também como um grupo de apoio, de suporte. Os familiares são convidados a participar desta associação, embora o paciente também seja convidado a participar, mas, se eles estão aqui no serviço, eles não são liberados. Quando o paciente está de alta, então ele tem liberdade para participar das reuniões, de acordo com o interesse dele (TB, 2006).

Foi através da pressão exercida por meio dos espaços de controle social como Conselho de Saúde e outros, que a Apadom conseguiu inserir na agenda pública o debate sobre a necessidade de implementar serviços na área.

Então, o que aconteceu, quando assumiu nova gestão na saúde, uma das primeiras coisas que ele fez foi dizer " nós nunca tivemos nada em saúde mental e essa é uma reivindicação muito antiga do doente mental, dos portadores de transtorno mental". Isso ocorreu porque eles fundaram uma associação para reivindicar as coisas (AO, 2006).

Assinalamos que foi uma reivindicação da associação Apadom e, através dela, os usuários do hospital-dia passaram a obter alguns benefícios, como a liberação de um veículo cedido pela Secretaria de Saúde.

A Apadom caracteriza-se como um movimento social na área que veio, ao longo de vários anos, exercendo pressão para com os governantes municipais, para que de fato houvesse uma transformação na assistência psiquiátrica no município. O objetivo deste movimento é exercer acompanhamento crítico das políticas públicas de saúde mental.

A Coordenação Municipal de Saúde Mental (2006), informou a criação de uma Comissão Técnica em Saúde Mental que controlará e fiscalizará todos os estabelecimentos prestadores de serviços na área, direta ou indiretamente.

Nós organizamos uma comissão de saúde mental, que funciona com todas as entidades da cidade que de alguma forma fazem algum trabalho com o sofrimento psíquico (escola de surdo) várias instituições que estão trabalhando alguma coisa relativa a saúde mental. Hoje, elas se organizam dentro da comissão de saúde mental. Isso tudo com Portarias, saiu no Diário Oficial. O grupo técnico, é um grupo de algumas pessoas que estavam no município ou na Regional que avaliam todo os sistemas que estão funcionando dentro do município em relação a saúde mental.

Esta Comissão Técnica pode ser entendida como mais um importante instrumento de Controle Social, destacando ser este essencial para que de fato sejam oferecidos serviços de qualidade e respeito aos direitos e a cidadania dos portadores de transtornos mentais.

4.2 REDE DE ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL: Ciudad del Este

Ciudad del Este, está situada no Departamento de Alto Paraná, integrando a 10ª Região Sanitária do Ministério de Saúde do Paraguai. Em Ciudad del Este os serviços de saúde são oferecidos pelos três níveis de governo – a intendência municipal, a Governação de Alto Paraná e o Ministério da Saúde. “ É uma das primeiras municipalidades paraguaias onde os serviços de saúde do nível central, Ministério da Saúde, estão sendo descentralizados, ainda que com muitas dificuldades” (NOGUEIRA, p. 1, 2005).

A rede de saúde local mantém 9 Postos de Saúde sob a responsabilidade municipal e um Centro de Saúde. Atendem unicamente consultas e dispõe de cinco ambulâncias para transferir os pacientes que necessitam de encaminhamentos. A partir de sua instalação iniciou-se a descentralização administrativa e de recursos, dirigida por um Conselho Local de Saúde, sob a coordenação do encarregado de saúde do município, nomeado pela municipalidade. O Conselho é integrado por ONGs, Fundações, Profissionais de saúde, Igrejas, Ministério de Saúde, Intendência Municipal e Instituições de Beneficência (NOGUEIRA, p. 1, 2005).

A população, assim como em todo o País, têm acesso os serviços de saúde de acordo com o esquema de afiliação do qual faz parte, mas de todos é exigido o co-pagamento dos serviços assistenciais e o pagamento de insumos médicos. Embora as autoridades municipais valorizem a atenção primária, o modelo de atenção é fortemente médico e curativo. A gestão do Hospital Regional é ainda um desafio para a Municipalidade.

A Governação de Alto Paraná, em Ciudad del Este, realiza igualmente ações de saúde, mantendo 5 hospitais e aproximadamente 51 serviços de saúde em sua área de abrangência. A Regional de Saúde do Ministério da Saúde acompanha e controla ações sanitárias, ou seja, é administrativa e normativa. Realiza quase todos os programas de saúde – imunização, atenção primária, cobertura neonatal, Tuberculose, AIDS, diabetes, hipertensão, a nível departamental. Tanto de forma integrada com a municipalidade como mantendo seus próprios

serviços. Conforme afirmado anteriormente, o processo de descentralização em curso vem sendo aperfeiçoado, especialmente no sentido de superar as dificuldades de ordem político-partidária, da definição de papéis na atenção à saúde e de partilha de poder entre os níveis subnacionais.

O município possui, em sua rede de serviços a atenção primária. Suas especialidades estão concentradas no Hospital Regional e as consultas com especialistas ocorrem a partir de demandas espontâneas dos usuários.

Em Assunção, na capital do país, estão localizados os centros de referência, os grandes hospitais e os hospitais especializados, para onde são encaminhadas as demandas de todo Paraguai. Apesar de nos últimos anos apresentar algumas transformações nos aspectos jurídicos, administrativos e institucionais, centrados na unificação e na descentralização das ações e serviços, o Paraguai ainda concentra a maioria dos seus atendimentos na capital do país.

De acordo com o Ministério da Saúde e Bem Estar Social, a psiquiatria não é uma especialidade oferecida em todas as regiões sanitárias do país, entretanto, Alto Paraná e, mais especificamente, Ciudad del Este, conta com estes serviços.

Na busca pela caracterização dos serviços de saúde mental neste município, foi encontrado apenas um serviço ambulatorial denominado de Centro de Saúde Mental e, também, a existência de leitos de urgência no Hospital Regional.

Trabalhamos com um centro de atendimento centralizado. Quando tem paciente com suspeita, ou com alteração psíquica, ou já em surto, estes são encaminhados para o centro de atendimento em saúde mental, onde são atendidos (AI, 2006).

Uma situação peculiar, por parte de um entrevistado, foi que ele, na tentativa de afirmar a existência de serviços na área, no município, não soube em nenhum momento identificar os que garantia existir.

Temos serviços em saúde mental, mas no momento não sei indicá-los quais são. Temos os que internam em Assunção, mas realizamos atendimentos aqui também (EO, 2006).

Para os casos que necessitam de internação em instituição especializada, o município encaminha o paciente para o Hospital Neuropsiquiátrico, localizado em Assunção, sendo esta instituição a única referência especializada em psiquiatria.

Entretanto, os demais entrevistados contradizem o exposto acima e assinalam que o município não conta com serviços na área, apresentando-se como única alternativa à internação no hospital psiquiátrico em Assunção.

Não tem nada organizado, não tem. Tem algumas pessoas que até se interessam fazendo algumas coisas, mas não há nenhum trabalho em saúde mental (CM, 2006).

Paraguai não tem nada em saúde mental. Eles não têm nenhuma política pública na área. Atendem somente caso de crise, que acaba sendo levado para internar, ou ficam na rua mesmo, é o que mais tem (AO, 2006).

Estas colocações trazem a tona a reiteração constante do não atendimento, da ausência de serviços e da gravidade da problemática da saúde mental em Ciudad del Este. Caracterizada pela ausência de serviços e pelo aumento da demanda, é típico em países em desenvolvimento que, na grande maioria, não oferecem condições e qualidade de vida a seus cidadão.

Segundo informações do Diretor da 10ª Regional Sanitária do Paraguai, a equipe de saúde mental de Ciudad del Este conta, atualmente, com 3 (três) psiquiatras 1 (uma) psicóloga. Eles atendem no Centro de Saúde Mental, onde os médicos prestam serviços em horários diferenciados, ou seja, um profissional por turno.

Um aspecto importante identificado através de um dos entrevistados, refere-se à tentativa de implantação de um serviço de Hospital-dia no município, entretanto não foi possível devido a falta de recursos financeiros e humanos.

Nós trabalhamos no pensamento de evitar internações em manicômios, até tentamos implantar um Hospital-dia, porque aqui na nossa realidade ele é importante, mas não conseguimos ainda (AI, 2006).

No Paraguai, a ausência de implantação de Políticas Públicas não se restringe apenas à saúde mental, mas, à saúde como um todo e, também, aos demais setores. Este aspecto é consequência das características históricas e sócio-políticas deste país, e de seu sistema de saúde.

Astorga (et. al., 2004), em pesquisa realizada juntamente com a OPAS referente a rede de serviços de saúde na região de fronteira, não obtiveram dados acerca desta especialidade no município.

Na rede privada obtivemos informações da existência de clínicas que prestam atendimento na área, porém, não foi informado o número destes estabelecimentos. Entretanto, não existem convênios do setor público com estas instituições, e o acesso a estas unidades depende da possibilidade de pagamento pela população.

4.3 A DINÂMICA DA REDE ATRAVÉS DA PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS E GESTORES: Foz do Iguaçu

O município de Foz do Iguaçu foi tradicionalmente marcado por uma assistência psiquiátrica de cunho asilar, com a existência de hospitais que apresentavam características fechadas, com isolamento dos pacientes em longa permanência de internação, o que lhes conferia um tom de segregação.

Aqui, é assim, você interna o paciente para o tratamento, porque aqui tem a cultura da internação. Só não tem mais porque o São Marcos fechou, que era o hospital psiquiátrico que mais recebia. Como aqui não tinha uma rotina para o internamento, ocorria que qualquer médico podia preencher a referência e contra referência. Então eram ambulâncias cheias de paciente, e estes pacientes se tornavam morador (DS, 2006).

A construção de uma rede de cuidados em saúde mental neste município está recentemente presente no discurso político municipal, através da Coordenação destes serviços, estando a passos iniciais de reorganização e articulação com os demais serviços do sistema de saúde municipal.

Nós ainda estamos construindo uma rede na verdade, uma rede de atendimento.

As falas acima evidenciam a incorporação das recomendações da Organização Mundial de Saúde – OMS (2001), e da III Conferência Nacional de Saúde Mental (2001), que destacam a rede básica de saúde enquanto lugar privilegiado da construção de uma nova lógica de atendimento e de relação com os transtornos mentais, propondo:

- estabelecer como porta de entrada da rede de atenção em saúde mental as Unidades Básicas de Saúde, preferencialmente pelo ESF;
- priorizar as ações de cuidados primários de saúde mental nas unidades básicas de saúde no que tange os quadros clínicos de depressão, ansiedade e suas relações de comorbidade;
- possibilitar que a rede básica de saúde desenvolva ações de vigilância em saúde mental;
- incentivar a incorporação das ações de saúde mental nas ESF, ofertando ações mais locais por parte de seus profissionais;

Tendo em vista as proposições acima, apreende-se, no discurso da Coordenação Municipal de Saúde Mental, metas e objetivos visando à estruturação da rede de assistência, priorizando a atenção básica e a integração da saúde mental com os demais programas de saúde do município, em especial o Estratégia Saúde da Família- ESF.

A atenção básica pressupõe um conjunto de unidades e ações articuladas em um território sob o eixo do acolhimento, do vínculo e do diálogo. A atenção da saúde mental no espaço da atenção básica deve ser não somente local e acessível, como também estar em condições de atender às múltiplas necessidades do usuário.

Atualmente, os serviços de saúde mental, conforme assinala a Coordenação de Saúde Mental, funcionam na seguinte lógica:

Então, como é que funciona a rede. O ambulatório é o regulador de todo o fluxo. Para onde ele encaminha? Para dois hospitais integrals conveniados, o Santa Terezinha (estava se referindo ao Hospital Vera Cruz) e o Filadélfia, ou para o hospital-dia, antes para a Santa Casa⁴⁰, agora não mais, nos esperamos que depois possa ser feito com o hospital municipal, ou para o CAPS ad, ou CAPS II.

⁴⁰ Hospital São Marcos, localizado em Cascavel, era a instituição que mais internava pacientes psiquiátricos oriundos de Foz do Iguaçu.

O Ambulatório, no discurso da Coordenação, estaria sendo o regulador do fluxo, encaminhando os casos para modalidades que darão conta da problemática do usuário. O Ambulatório assumiu esta função estratégica, tendo em vista que o mesmo era o único serviço existente por um longo tempo no município, dispondo, desta maneira, de todas as informações acerca dos usuários, sendo gradualmente encaminhados aos demais dispositivos existentes.

Um dos entrevistados, descreve a dinâmica da rede da seguinte forma:

Aí, no caso do ambulatório, quando o paciente vai para consulta com o psiquiátrica, o médico avalia e vê a necessidade dele. Se for só consulta e, ou só prescrição medicamentosa, ou se há a necessidade de ser encaminhado para outro serviço. Se for um serviço onde o paciente não precisa estar tendo uma contenção maior, onde ele possa estar tendo uma convivência com outras pessoas, convivendo em ambiente aberto, aí o médico encaminha para o CAPS II. Ele entre e sai, ele tem uma liberdade, embora, a gente tenha uma agenda e ele tem normas de freqüentar o CAPS, pois ele tem horário de entrar e sair e, as oficinas onde tem que participar, faz parte do processo de reabilitação dele. Ou o médico encaminha, quando tem necessidade de uma contenção mediana, ele encaminha para o Hospital-dia, onde é feito também o acompanhamento dele. Parece que no Hospital-dia são 45 dias no máximo que ele fica lá. O CAPS não tem prazo de permanência. E para aqueles casos que precisa de uma contenção maior, aí eles mandam para os hospitais psiquiátricos (TB, 2006).

O paciente para ser atendido no ambulatório, tem que passar primeiramente pelo clínico da Unidade de Saúde mais próxima de sua residência, o qual fará o encaminhamento quando necessário pois, muitas vezes, a própria Unidade de Saúde oferece condições para dar conta da problemática do usuário.

A idéia do Ministério da Saúde, é que o CAPS seja a porta inicial de todo o fluxo. Nós, como vínhamos com uma tradição de trinta anos de ambulatório, temos 16.000 prontuários no ambulatório, é muito complicado você desmantelar todo esse ambulatório (CM, 2006).

Na forma como encontra-se organizada a rede, o serviço funciona como porta de entrada de todas as internações psiquiátricas do município, passando a se constituir como única forma de acesso do paciente ao sistema hospitalar, na medida em que a AIH somente é emitida após a avaliação e o encaminhamento de médico psiquiatra deste serviço.

Essas medidas foram tomadas, segundo a Coordenação de Saúde Mental, na tentativa de evitar internações sem uma real necessidade, porque há todo um pedido, uma demanda da família para que o portador de transtorno mental seja internado.

Então, assim, o que a gente está tentando fazer com isso. A gente está tentando construir de fato a cidadania do sujeito e fazer o atendimento sair do modelo hospitalocêntrico que é a internação por qualquer motivo [...] porque tem muitas situações que o 24 horas já encaminharia para internação integral, e com o ambulatório regulando o fluxo de qualquer internação, é para justamente, poder fazer uma avaliação adequada, se há ou não necessidade de uma internação no hospital integral (CM, 2006).

Entretanto, salienta que a atual dinâmica de funcionamento não vem trabalhando articulada com os demais programas da saúde, sendo este aspecto a pedra angular da estruturação de toda a rede.

Na verdade, ainda tem um buraco, que é qual: as unidades básicas de saúde-UBS e o Programa Saúde da Família – PSF, que é com quem a gente está trabalhando agora de fato. O paciente, geralmente, vai na unidade básica e é atendido. O que acontece hoje, é que os profissionais não tem capacitação, não tem referências nas unidades de saúde. Então, muitas vezes, as pessoas vêm por um caso de tristeza [...] É uma pessoa que vem, de repente chora no médico clínico geral e não precisa ir para o ambulatório de psiquiatria (frisa), daria conta na própria unidade. Tem psicóloga em vários distritos e nas unidades de saúde. Mas, já encaminha para o psiquiatra. Por isso a lista de espera nunca para de crescer.

Eu penso, que hoje o grande desafio da saúde mental, é poder trabalhar em rede, construir essa rede de forma eficiente e principalmente ter todo um trabalho dentro da ponta. Porque é nas unidades de saúde e o PSF, se os Agentes Comunitários de saúde puderem trabalhar naquele bairro, com aquele paciente, puderem acompanhar aquele paciente, ele muitas vezes não vai precisar reinternar (CM, 2006).

A Coordenação assinala que, a partir do momento que as Unidades de Saúde e o ESF estiverem funcionando adequadamente, toda a rede trabalhará melhor. Complementa que, assim, as pessoas poderão ser tratadas dentro da sua Unidade de Saúde, dentro do seu bairro, ficando dentro do seu território, não precisando mais se dirigir ao ambulatório de psiquiatria para serem atendidos.

Em muitos serviços a tomada de responsabilidade ocorre através da inserção territorial, que tem possibilitado o desenvolvimento de atividades substitutivas aos tratamentos nos dispositivos destinados ao cuidado específico do portador de transtorno mental.

Para dar conta desse impasse que vem sendo, segundo a Coordenação, o maior obstáculo para os serviços de saúde mental funcionarem de maneira efetiva, as equipes da saúde da família, estão sendo capacitadas para atenderem na área, pois tem-se como pressuposto que a inclusão destas no cuidado do portador de transtorno mental através, possibilitará uma maior compreensão do sofrimento psíquico dos pacientes por parte destes profissionais, evitando, assim, muitas internações.

Nós, hoje começamos a treinar o PSF, os médicos e as equipes do PSF, e vamos começar a partir de agosto treinar as unidades de saúde, os médicos clínicos, as assistentes sociais, as enfermeiras. Porque o nosso objetivo é ter na unidade básica uma dessas categorias como referência de saúde mental. (CM, 2006).

A intenção da coordenação é exatamente formar uma rede. Fazer com que cada unidade de saúde tenha um profissional de referência, para realizar a triagem de forma mais efetiva/eficiente, e que, este já possa vir direcionado. Pois, a gente recebe aqui no ambulatório, uma demanda que não é nossa. Ex: são encaminhadas muitas pessoas para cá, para neurologista. Não sei se o clínico é equivocado, sei que ele era mandado para cá e acabava na triagem de enfermagem, ou o próprio psiquiatra acabava fazendo um remanejamento deste paciente para o neuro (TB, 2006).

A capacitação dos profissionais de saúde vêm sendo bastante incentivado e difundido pela Organização Mundial da Saúde. Para garantir a qualidade dos serviços em saúde é necessário levar em conta a capacitação dos profissionais da equipe (médico, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, etc) e a satisfação dos usuários (OMS, 2001).

No cenário apresentado até então, o funcionamento da rede tem o ambulatório como porta de entrada. Ele recebe toda a demanda municipal através de encaminhamentos realizados pelos demais serviços de saúde, como as unidades básicas, os pronto-atendimentos e outros. Após atendimento e identificação da necessidade do usuário, o ambulatório fará encaminhamento para todos os demais serviços de saúde mental existentes no município, como o CAPS II, o CAPS ad, o Hospital-dia e, principalmente, para os hospitais especializados, já que a política municipal,

pretende acompanhar a reforma psiquiátrica brasileira evitando internações nestas instituições. Entretanto, para otimizar as ações e tornar o atendimento na área mais acessível e eficiente, as equipes da saúde família vêm sendo capacitadas para o usuário e sua necessidade serem atendida dentro do seu território.

A dinâmica da rede de saúde mental porém, é apreendida de maneira distinta pela maioria dos profissionais, apresentando de forma clara a desorganização existente nesta área. Alguns aspectos foram sendo identificados, ressaltando contradições e desordem existentes entre os profissionais da ponta, a equipe que atua nos serviços de saúde mental e a Coordenação dos serviços, evidenciando, desta maneira, que a rede não se encontra claramente organizada de forma a possuir critérios de hierarquização bem definidos.

Eu até perguntei para eles qual era o protocolo de atendimento deles, porque eu até hoje, não entendi o que o CAPS faz (KY, 2006).

Comprova-se este fato através das falas das entrevistadas, quando identificam-se informações diferenciadas da Coordenação acerca do assunto. Para a maioria dos entrevistados não ocorre um trabalho em rede de atendimento, sendo esta a grande dificuldade no cuidado ao portador de transtorno mental.

A gente tem muita dificuldade em encaminhar e principalmente até em conversar com as colegas (se refere as assistentes sociais dos programas de saúde mental), sempre falam que não é para o CAPS, que não é para o ambulatório, que tem que ser resolvido por aqui. Então a gente fica com as mãos atadas, não sabe que rumo tomar (KY, 2006).

Uma tarde a colega do ambulatório questionou, porque eu tinha mandado três encaminhamentos para eles em dois dias dizendo: 'isso não é aqui'. Ai eu falei, então o seguinte, passa o protocolo de atendimento da saúde mental me dizendo o que ambulatório faz, o CAPS faz, pois até hoje eu não entendi, e continuo não entendendo (DS, 2006).

A desorganização do serviço e a ausência de comprometimento da equipe de saúde mental é bastante ressaltado nas falas. Na apreensão dos profissionais, o seguinte aspecto vem ocorrendo, contribuindo demasiadamente para estes fatores.

A porta de entrada seria a recepção, você vê, fica uma situação delicada enquanto colega. Porque, a gente não tem esse trabalho de carteirinha, de coleguismo, de trabalhar em conjunto, fica um jogo de usuário de lá para cá (LP, 2006).

E, a forma como ocorre a própria prestação do serviço. Eu acho uma falta de respeito descabível com o paciente, a própria recepção faz a seleção (DS, 2006).

O que eu acho muito errado é a recepção tentando resolver, avaliar (KY, 2006).

Nas falas acima, percebe-se que os usuários não estão conseguindo ter acesso aos profissionais capacitados para realizar pré-consulta. Entendem que a recepção vem sendo autônoma, exercendo um papel que não é de sua competência.

Profissionais não capacitados tecnicamente exercendo funções fundamentais em serviços de saúde mental, acabam fragmentando, banalizando e simplificando a atenção e a resposta a ser dispensada aos usuários, pois a abordagem nestas situações, como as intervenções durante uma crise, requerem conhecimento e habilidades específicas.

A dificuldade presente em todas as falas das profissionais que atendem na ponta é de que a equipe atuante na saúde mental não vem dando o suporte necessário para que elas possam resolver os casos na própria Unidade de Saúde.

Então, é assim, uma falta de respeito com o paciente, não tem um sistema de informação. Às vezes você quer resolver na Unidade de Saúde, aí você liga para pegar referência, aí eles dizem 'à não dá, são muitos nomes, prontuários, porque são 18.000 fichas'. Então, a gente até quer resolver, mas eles não têm dados do paciente para passar, nem interesse, inventam um monte de desculpas (DS, 2006).

Eles não querem dar informação, pois muitas vezes é aquele paciente problemático, e se eles dão informação, eles vão ter que assumir. Tem umas figurinhas carimbadas que a gente já conhece, é mais fácil, mas a maioria não, então eles não repassam informação (LP, 2006).

Vem ocorrendo uma ausência de *tomada de responsabilidade* dos usuários, que acabam sendo submetidos a atendimentos sem qualidade e ficam à mercê de tratamentos, na grande maioria das vezes, sem resultados eficazes.

A gente teve um caso que veio de fora, ele tinha todo o laudo, histórico de antes e ele precisava do medicamento, tinha que passar pelo psiquiatra. Fizemos um encaminhamento escrito para o ambulatório. Aí ligaram de lá questionando o nosso encaminhamento, de que a gente manda para lá e não atendemos aqui (KY, 2006).

O paciente chega lá na recepção, eles não atendem, a recepção só encaminha para o serviço social daqui. E chega aqui gente atende, que não é caso nosso, e a gente devolve para o profissional do CAPS. Aí, o profissional ao invés de atender o paciente, mas realmente atender ele e perguntar para ele o que ele precisa (frisa), liga para nós (LP, 2006).

A gente precisa de informação, mas aí eles não dão, de medo de ter que assumir este paciente. Porque se eles falam que conhecem, que tem informação, eles acham que vamos mandar para lá, e não passam. Eles também não dão conta de atender, centralizam e não permitem que você tenha informação (DS, 2006).

Como apoio para resolução das problemáticas enfrentadas no cotidiano dos atendimentos em saúde mental, os profissionais que não fazem parte da equipe de saúde mental encontram suporte apenas através da Coordenação de Atenção Básica. Esta Coordenação, segundo os participantes, vem sendo a referência no enfrentamento dos casos mais problemáticos que não podem ser resolvidos na própria Unidade de Saúde em que atuam.

Nós temos uma referência sim, mas não no CAPS. Se ligar para a Coordenadora da Saúde Mental, ela surta, pior é que se ofende, então deixa quieto. Aí eu prefiro ligar para nossa Coordenadora que é a diretora da Atenção Básica (KY, 2006).

É a Diretoria de Atenção Básica que resolve os problemas de saúde mental, não tem nada a ver. Tem dois CAPS, tem Ambulatório, tem uma Coordenação de Saúde Mental, tem um gerente em cada uma dessas unidades. Só que na hora de realmente resolver esses problemas, ninguém resolve, pacientes em surto, quem resolve, pela via do jeitinho é Coordenadora da Saúde Básica. Essa é a forma como a gente consegue (DS, 2006).

Apontam o Ministério Público, também, como importante parceiro na garantia de cuidados ao portador de transtorno mental.

Tenho pacientes de saúde mental que são morador daquele espaço (serviços de saúde). Já tive 3 paciente que quebrava tudo, depois tive mais dois, eu não sabia o que fazer. Aí, eles vão ficando, você encaminha para o ambulatório eles não aceitam, o CAPS II e o ad, eles não aceitam. Quando eu resolvi fazer uma denúncia no Ministério Público, aí a Secretaria de Saúde internou o paciente em um hospital psiquiátrico (DS, 2006).

Pode-se inferir, a partir das falas, que essas situações ocorrem em detrimento da ausência efetiva de um fluxograma de atendimento, e da falta de informações acerca do processo de trabalho de cada profissional no sistema de saúde como um todo. Estas situações, no que diz respeito à organização, demonstram não haver uma afinidade na consideração da complexidade da saúde mental. É importante lembrar, no entanto,

Que o campo da saúde mental implica não só o setor saúde, mas também outros campos de política social, colocando a necessidade de uma integração intersetorial de iniciativas e programas, como na área de moradia, trabalho, assistência social, educação, justiça, etc (VASCONCELLOS, 2001, p. 2001).

Constata-se que na concepção dos profissionais entrevistados para realmente existir uma rede de saúde mental articulada com os demais serviços, é necessário que o Ambulatório seja o regulador de todo o processo, embora a afirmação da Coordenação de Saúde Mental é de que o mesmo seja este regulador.

Eu entendo que eles (refere-se ao ambulatório) deveriam estar recebendo estes casos, porque se realmente houvesse um trabalho conjunto, um trabalho bacana, nós poderíamos estar fazendo o primeiro atendimento, encaminhava para o ambulatório, e o ambulatório prosseguia o atendimento (KY, 2006).

Eu acho assim, se o paciente em crise vem é atendido aqui, nós encaminhamos para o ambulatório, então se isso fosse seguido, eu até acho que poderia facilitar muitas coisas, mas do jeito que ta, aqui pelo menos sem chance (LP, 2006).

Esta contradição, presente na concepção dos entrevistados, reflete as diferentes habilidades, atitudes e valores dos profissionais que encontram-se nestes espaços ocupacionais. Pode-se apreender este processo como resultante das relações sociais historicamente estabelecidas frente ao portador de transtorno mental.

Se não existisse um Ambulatório e um CAPS, aí seria das Unidade de Saúde. Se existe, eles têm que atender, se não fecha as portas (LP, 2006).

Consequência desta falta de comunicação, de suporte e de auxílio são as recorrentes internações em instituições especializadas e a ausência de cuidado oferecido pelas unidades extra-hospitalares ao portador de transtorno mental.

Porque se gasta mais da forma como se tem feito. Porque a partir do momento que não tem um trabalho continuado, se gasta com reinternamento 45-50 dias, e depois disso não se tem continuidade, sem acompanhamento, sem medicação, ele retorna de novo. Ai o custo é muito alto, ao contrário, se tivesse o trabalho de prevenção (LP, 2006).

Então, o paciente vai ficando. Uns fingem que atendem, outros também fingem que atendem (DS, 2006).

Estes aspectos são apreendidos como preocupantes pelos profissionais, pois falta uma política pública de fato, que de conta da complexidade do dia a dia vivenciado no sistema de saúde como um todo.

As dificuldades relacionadas à organização, à equipe e à rede, aparecem nos discursos dos profissionais. A forma como a Coordenação está pretendendo organizar o fluxograma de trabalho, não é compatível com a apreensão dos entrevistados que atuam na ponta do sistema de saúde. Identifica-se no discurso destes profissionais, um isolamento dos serviços de saúde mental em relação às demais equipes, fortalecendo uma visão reducionista do processo de atenção à saúde como um todo.

A partir do momento que temos um atendimento de CAPS de saúde mental, tudo o que se refere a saúde mental, tanto atendimento do paciente, quanto do familiar, quem tem que atender é eles , mas eles não entendem desta forma,

tanto que eles encaminham para nós. Não chega até os profissionais, alguns casos lá (LP, 2006).

Porque, para nos, automaticamente, o paciente em sua crise, eu entendo, ele teria que estar indo ao Ambulatório ou ao CAPS, para o pessoal fazer o trabalho. Mas não está sendo feito isso, inclusive, também, chove encaminhamentos para gente. Então, é muito complicado (KY, 2006).

A percepção da maioria dos participantes da ponta ou dos pronto-atendimentos refere-se ao fato de que eles não se vêem incluídos, ou como parte no processo de cuidado. Aham que esta área pertence apenas aos profissionais que trabalham na saúde mental.

O risco de reduzir as políticas de saúde mental como responsabilidade apenas das equipes destes serviços, compromete um trabalho em rede de serviços extra-hospitalares. Um importante fator para a concretização destas políticas, é que todos os profissionais da saúde tomem para si a responsabilidade de cuidar do portador de transtorno mental.

Um aspecto muito relevante identificado na fala de todos os participantes relaciona-se ao Serviço de Atendimento 24 horas, o Pronto-Socorro. Embora esse serviço se apresente como uma importante referência para os casos mais graves, como uma forte crise ou surto, ou seja, situações que necessitam de atendimento imediato, visando conter o momento de sofrimento, para que depois sejam encaminhados para a assistência ambulatorial ou mesmo hospitalar especializada, ele não foi citado como um dispositivo da rede por nenhum profissional entrevistado, nem mesmo pela Coordenação.

O portador de transtorno mental tem crise, que é o caso quando ele está em surto, que é um o caso de urgência. A família leva para o Pronto-Atendimento (24 horas). Nos temos dois serviços. Um na Av. Paraná e outro no Morumbi. Esses são caos de urgência e emergência (TB, 2006).

O que acontece mais aqui com agente, é que eles vêm para o Pronto-Atendimento que é aqui o 24 horas, contatam com a gente, mas a gente tem muita dificuldade em encaminhar e principalmente até em conversar com as colegas (se refere as assistentes sociais dos programas de saúde mental) (KY, 2006).

Estes serviços não contam em sua equipe com médico psiquiátrica. O médico clínico realiza apenas o procedimento de ‘controle’ da crise através da aplicação de uma medicação. Se houver dúvidas por parte deste profissional, ele entra em contato com psiquiatra de plantão do Ambulatório.

Este lugar acabou se tornando ideal para conter a urgência de uma crise, ou seja, o paciente chega, passa por uma equipe que providencia sua medicação/internação sem ser escutado em relação a sua história e, principalmente, àquele momento de profundo sofrimento. Mesmo tentando seguir uma tendência não institucionalizante e objetivando a diminuição das internações em hospitais psiquiátricos, este procedimento acaba transformando as Emergências em ‘mini manicômios’.

Paradoxalmente, esse aspecto desmonta o discurso da Coordenação acerca de um projeto voltado para a desinstitucionalização. Pois como já foi trabalhado neste estudo, a institucionalização ocorre, tendo em vista a forma como se lida com o cuidar do portador de transtorno mental e, não exatamente, com o local em si.

Entrevistados apontam que Foz do Iguaçu apresenta algumas particularidades encontradas apenas na área de saúde mental.

A família sempre representou um dos grandes desafios na área para os profissionais. Eles relatam que em Foz do Iguaçu as famílias construíram a cultura do ‘perder’ seus pacientes.

A cultura do internamento é a forma que as famílias encontraram de se livrar do paciente. A dificuldade de se trabalhar em saúde mental aqui em Foz, é que as famílias perdem seus pacientes. Elas moram aqui no Morumbi e, se o paciente sai do internamento, elas vão morar lá no Porto Belo, do outro lado da cidade, aí você descobre que ela está lá, e ela muda de novo, é bem complicado. A família não quer assumir este doente, esse portador de transtorno mental, o Estado também não quer assumir. Aí, o que ocorre, a gente quase leva para casa esse paciente. A gente tem vários casos assim, de não ter onde por. Aí, só quando você ameaça de fazer uma denúncia ao Ministério Público é que a Secretaria se mexe (DS, 2006).

O familiar não quer assumir, nem mesmo quando o paciente recebe um benefício de um salário. O fato é que eles não querem cuidar deste paciente (LP, 2006).

Esse rompimento de vínculo paciente/família e paciente/comunidade, ocorre, ainda, devido à história da psiquiatria deste município, caracterizada pela cultura da hospitalização, que se dava em função das internações e reinternações freqüentes. Essa questão acaba desencadeando uma falta de tolerância da família para com o paciente, fortalecendo, assim, o vínculo do mesmo com a estrutura hospitalar, que por muito tempo incentivou a cronificação da doença.

Com a ausência de vínculos familiares e a carência de uma rede de suporte social instalada no município, são raros os locais para o encaminhamento destes pacientes. Assim, instituições voltadas para outros fins como os lares para idosos, acabam sendo a alternativa de acolhimento destas pessoas.

Os pacientes são colocados em lugar que não tem nada a ver, o lar dos velhinhos, pois se não for internado, não dá para colocar na rua, pois o município não possui nenhum trabalho terapêutico. Esses são os únicos lugares que estas pessoas são acolhidas (DS, 2006).

Esta problemática é agravada com a realidade do morador de rua, que caracteriza nos últimos tempos o cenário de Foz do Iguaçu, em número cada vez mais elevado.

Outro problema é o morador de rua. Aqui em Foz é um número muito alto de morador de rua que entra em surto. E estes são casos mais complicados ainda, porque não tem família para auxiliar, e quando chega no CAPS, estes se recusam a atender. Aí volta para o Pronto-Atendimento, o médico medica e aí volta para a rua e ninguém mais cuida, ninguém mais dá o atendimento que deveria ser dado. Eles alegam que não tem documentação, que não tem isso, que não tem aquilo. Aí ele procura o assistente social (do Ambulatório ela refere), mas ele continua ficando sem atendimento. Onde é que está o direito destas pessoas e o atendimento de qualidade. Aí entra no que se fala da internação. Por mais que hoje se discuta na saúde mental, que não deve ficar internado, que tem que ficar no domicílio, na família, tem alguns casos que não tem domicílio, que não tem família. Tem que achar uma forma, uma alternativa de fazer isso. Assim, essa pessoa nunca vai melhorar (LP, 2006).

A alternativa para estes casos poderia ser a implantação de Residências Terapêuticas. Foz do Iguaçu apresenta a necessidade destes serviços, tanto para os moradores de rua que possuem algum transtorno mental, quanto para os pacientes que perderam o vínculo com seus familiares devido à longa permanência em hospital psiquiátrico

A criação destas Residências já vem sendo discutida ente os profissionais, porém não em parceria com a Coordenação de Saúde Mental. Este aspecto, certamente, dificulta o processo de implantação, tendo em vista que os esforços de ampliação da rede não se encontram na mesma direção.

Porque a gente vem discutindo, já conversamos com o promotor público, e eu perguntei para ele a questão de se criar, não só para adulto mas para criança e adolescente essas Residências Terapêuticas, ele falou 'se o poder público quiser, ele cria senão, não'. Mas bem assim ele me respondeu. E eles não querem assumir, nem a prefeitura (DS, 2006).

Para os entrevistados é cada vez maior o número de casos de atendimento em saúde mental no cotidiano de sua ação profissional. É possível identificar que eles associam esta realidade às condições de vida da população de Foz do Iguaçu nos últimos anos, bem como as relações sociais estabelecidas por estas pessoas.

Eu acho assim, que há muito caso de portador de transtorno mental, então, não sei o que acontece. Hoje a maioria está desempregado, tem alguns que tão trabalhando, como os 'laranjas', eles ganhavam R\$ 1.000,00, hoje se ganham R\$ 300.00, é muito. E eram pessoas que tinham carro, casa, plano de saúde e, não tem mais nada hoje (KY, 2006).

Você acha que uma população de 300.000 habitantes, hoje nós temos 18.000 em tratamento, não é um numero alto? Eu não sei, se é a facilidade da droga, se eles ganharam muito dinheiro e depois perderam tudo, ficaram tudo pobre. Anos atrás quando nós chegamos aqui, falar em ganhar R\$ 500,00 – 600,00 não era salário. Era R\$ 5.000,00 – 6.000,00. hoje a situação é outra. A maioria destas pessoas, eram trabalhadores da Itaipu. Porque o ganhar dinheiro permitia que elas gastassem muito, porque as pessoas daqui ela não tinham essa cultura do guardar dinheiro, do se firmar. Então quando tudo isso acabou, não tinham casa própria nem condições de pagar aluguel, de nada. Então eu não sei, se foi o ciclo econômico do município que caiu (DS, 2006).

O perfil dos usuários é apreendido pelos profissionais como,

a nossa população é toda carente, toda uma população com dificuldade econômica e social bem acentuada, bem grande. Por isso que o serviço é público, por isso que a gente tem políticas públicas, até porque a maioria do povo brasileiro faz parte desta população (CM, 2006).

A característica dos nossos usuários, não 100%, mas em % eu vou arriscar, assim, acredito que 75% dos usuários entram na categoria dos menos favorecidos, menos privilegiados (TB, 2006).

A realidade sócio-econômica do usuário demonstra que as condições e vida podem estar influenciando a saúde mental da população. A característica similar que se sobressai, na concepção dos entrevistados, é a ausência de satisfação das necessidades básicas.

4.4 DINÂMICA DA REDE ATRAVÉS DA PERCEPÇÃO DE TRABALHADORES E GESTORES: Ciudad del Este

O município de Ciudad del Este é historicamente marcado por uma assistência baseada no modelo hospitalocêntrico, com exclusão social e ausência de direitos.

Os escassos serviços oferecidos em saúde mental não contemplam uma atenção descentralizada, participativa, integral e, principalmente, contínua. Ao contrário, como podemos evidenciar, os serviços estão concentrados em uma única unidade de saúde, conhecida como Centro de Saúde Mental, prestando todos os atendimentos na área.

Lembrando que este município possui população acima de 280.000 habitantes, baseado em um modelo sócio-econômico que não favorece a qualidade de vida dos cidadãos, determinando assim, as condições de saúde dos mesmos. No entanto, esta situação reflete o que ocorre a nível nacional como a ausência de políticas públicas que respondam com eficiência e eficácia os problemas do setor.

Neste cenário, a dinâmica de atendimento e cuidado aos usuários dos serviços de saúde mental, conforme um dos entrevistados, ocorre da seguinte maneira:

Se o paciente necessita apenas de tratamento, ele passa a ser acompanhado pelo psiquiatra no Centro de Saúde Mental. Quando o paciente está em crise aguda, em surto psicótico, esquizofrenia, não sei dizer bem ao certo os transtornos, ele é internado no Hospital Regional, onde permanece alguns dias, até que se acalme. Quando o caso é uma internação crônica, o médico encaminha o paciente para o hospital psiquiátrico em Assunção, e lá ele fica de 3- 4 meses depois ele retorna (AI, 2006).

A dinâmica de atendimento neste país apresenta características predominantes do modelo hospitalocêntrico, não vislumbrando uma política voltada para serviços extra-hospitalares, sendo imprescindível a criação de outros serviços ambulatoriais que garantam e assegurem aos portadores de transtornos mentais o exercício da cidadania e de seus direitos como pessoa.

Como podemos identificar, o único serviço extra-hospitalar existente trabalha em uma perspectiva tradicional, não ampliando o cuidado do usuário às redes de relações sociais, centralizando-o apenas ao saber médico. Expressa uma concepção de saúde centrada, ainda, em uma visão higienista, que toma a doença como centralidade do processo de assistência.

A atenção ofertada à saúde mental não está estruturada nem inserida na atenção primária de saúde, assim, não vem promovendo modelos alternativos centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais, através da prevenção e da promoção da saúde mental, se caracterizando pelo baixo acesso da população à estes serviços.

A inexistência, de outros dispositivos voltados ao cuidado do portador de transtorno mental, não oferece outra alternativa que não a internação integral nos momentos de crise. Esta realidade evidencia o desrespeito dos direitos deste cidadão, reproduzindo a lógica da segregação, da discriminação tão combatida pelo movimento internacional da reforma psiquiátrica.

Neste contexto, prioriza-se a terapêutica medicamentosa, sem ampliá-la através de alternativas como atendimentos grupais, desenvolvimento de grupos operativos, oficinas de artesanato e tantos outros instrumentos possíveis de serem adotados.

A farmacologia moderna é essencial no tratamento e auxilia no alívio do sofrimento do portador de transtorno mental. Porém, esta deve estar sempre associada a programas comunitários que propiciem atenção integral e continuada, a fim de que possam alcançar o nível máximo de integração social e qualidade de vida, evitando circunstâncias como marginalização e exclusão social.

Esta terapêutica acaba sendo a única alternativa possível pelos profissionais do Centro de Saúde Mental, tendo em vista que a equipe de profissionais, além de ser composta por um número reduzido, não contempla todos os saberes necessários para um cuidado integral ao usuário. Assinala-se, também, o pouco investimento no aperfeiçoamento profissional, devido à ausência de uma política de recursos humanos em saúde.

No processo de trabalho que define e é definido pela Reforma Psiquiátrica, o trabalho em equipe adquire importância fundamental, marcando um novo paradigma de compreensão do sofrimento psíquico e do cuidado a estas pessoas.

Ao analisarmos a disponibilidade de recursos humanos dispensados para atender os casos de saúde mental, percebemos a impossibilidade de um trabalho voltado para as diretrizes da reforma psiquiátrica. Este aspecto, por nós evidenciado, é reiterado nas falas abaixo, que explicitam a alternativa de cuidado utilizada.

Quando o hospital da alta para estes pacientes, eles sempre nos avisam e nos dizem onde o paciente mora. Aí vamos buscar esse paciente em sua casa para que ele continue seu tratamento, para que ele possa ter acesso a medicação. Evitar que ele entre em surto (AI, 2006).

Quase todas as medicações que são passadas pelo psiquiatra são fornecidas pela rede pública, gratuitamente. Com isso, os pacientes acabam voltando às suas consultas (AI, 2006).

O fornecimento gratuito de algumas medicações, associada à prioridade no uso da mesma, pode ser interpretada como forma de ‘contenção’ e controle de futuras crises. Esse fato indica um modelo de cuidado baseado na cura da doença, ausentando a valorização do sujeito dentro do seu contexto sócio-cultural.

A inserção da família no cuidado do portador de transtorno mental, não foi mencionada em nenhum momento da entrevista. A família do portador de transtorno mental tem ocupado um espaço privilegiado no campo da saúde mental, entretanto, este aspecto não está inserido na terapêutica do serviço.

Neste contexto de ausência de serviços, de carência de profissionais e tratamentos terapêuticos substitutivos à internação, a população acaba criando alternativas na busca de saúde mental.

Astorga (et. al., 2004), assinalam que, em Ciudad del Este, existe uma disponibilidade de prestadores de serviços privados, entretanto, a população se dirige a Foz do Iguaçu para ser atendida. Este fato pode estar ocorrendo pelo pagamento que o sistema privado paraguaio exige, critério que também se aplica em estabelecimentos públicos em que a gratuidade é facultativa e

não um direito, e a população caracterizada pelo baixo nível sócio econômico acaba não tendo possibilidades financeiras de custear.

Com base no exposto, a fala abaixo é preocupante no contexto atual de Ciudad del Este se pensarmos que a reforma prevê como fundamental a implantação de serviços extra-hospitalares viabilizando, assim, a desinstitucionalização dos portadores de transtornos mentais, e não a desospitalização do paciente por si só, sem ter acesso a rede de cuidados.

Nós temos um número muito grande mesmo, muito grande de casos de surto, de alterações mentais. O índice é muito alto e aumenta a cada dia. A maioria, são jovens e mulheres, de renda baixa. Nós temos um problema muito grande gerado pelo uso de drogas e bebidas alcoólicas, nosso índice de usuários de drogas é muito alto, então a maioria dos casos que são atendidos no centro de saúde mental é desencadeado pelo uso de drogas (AI, 2006).

Este aspecto se torna relevante ao levarmos em conta as estimativas do entrevistado, de que o número de casos vem crescendo a cada dia. Sem uma rede estruturada com dispositivos diversificados para as diferentes demandas da área, esta cidade corre o risco de inserir, em sua lista de doenças crônicas, a saúde mental.

A realidade de Ciudad del Este, segue a tendência da Organização Mundial da Saúde (2001), sobre a incidência mundial de morbidade que indicam que os transtornos mentais e de comportamento representam cinco das dez principais doenças em todo o mundo. Este aumento é particularmente acentuado em países em desenvolvimento.

Não existe saúde mental inserida na atenção básica, fugindo do que vem sendo preconizado pela OMS (2001), principalmente porque não se desenvolve um trabalho de promoção da saúde, os pacientes são atendidos somente nos períodos em que apresentam sinais de crise. Percebe-se, entretanto, um dos entrevistados enfatiza que deve ser considerado o fato de o país estar recentemente estruturando e ampliando seu sistema de saúde.

É que algumas áreas, dependendo do diretor, acabam não sendo preocupações. Eu penso que a saúde mental é um fator importante, que deve ser pensado, mas nós estamos ainda no início, ainda avançando, começando um trabalho. E na pobreza da nossa realidade acho que já avançamos significativamente (AI, 2006).

Apreende-se, através da dinâmica acima descrita, que Ciudad del Este não avançou nos fundamentos da Reforma Psiquiátrica e atualmente, não apresenta indicativos de futura adequação na legislação e instituições, a fim de ampliar os serviços em saúde mental.

4.5 REFLEXÕES SOBRE A FRONTEIRA NA DINÂMICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE MENTAL

O cenário da fronteira entre Foz do Iguaçu e Ciudad del Este expressa profundas desigualdades sociais, fazendo emergir entre os profissionais da saúde, instituições e organizações não governamentais- ONG, profundos debates para alcançar soluções para os problemas vivenciados cotidianamente, principalmente no sistema de saúde. O debate da saúde na fronteira vem sendo intensamente discutido pelos próprios trabalhadores da saúde, merecendo destaque o estudo realizado por Silva (2006).

Entretanto, este debate não foi identificado na área de saúde mental, apresentando-se, ainda, de forma incipiente tanto para os profissionais quanto para a Coordenação destes serviços.

O desinteresse em pensar a saúde mental, considerando a fronteira como espaço peculiar, é identificado tanto no Brasil quanto no Paraguai. Este aspecto encontra-se na esteira da história da loucura, caracterizada e associada à exclusão social, à ausência de direitos e, também, ao fator biológico da doença, não relacionando ao demais determinantes que interferem diretamente nas condições de vida e saúde da população.

A saúde mental nesta região deveria ser tratada com maior importância, levado-se em conta peculiaridades que a envolvem, caracterizada por uma mescla cultural, religiosa com diferentes etnias e, também, como vem se evidenciando, índices cada vez mais altos de violência, desemprego, narcotráfico e outros fenômenos que estão presentes no cotidiano desta população. Esses aspectos são por nós entendidos como diretamente relacionados à condição de saúde mental da população que reside nesta área.

A partir desta reflexão, nas questões que foram abordadas acerca da fronteira, os participantes geralmente a associavam aos brasiguaios, não ampliando a discussão sobre a complexidade que a mesma possui. Foram necessários questionamentos para que alguns participantes refletissem e considerassem outras problemáticas além das referentes aos brasiguaios.

Para pensar a questão da fronteira, nós temos uma situação muito grave em Foz, que é o que: um enorme número de brasiguaios vivendo no Paraguai. É um direito a saúde, então eles vêm, eles trazem a documentação necessária, eles fazem coisas e acabam vindo se tratar aqui. E nós, na verdade durante esses anos todos, a gente tem dado esse suporte em saúde, entendeu. Então, muitos brasiguaios são internados em toda essa rede, especialmente na internação integral, tem sido muitos. Nós temos muitos pacientes que moram no Paraguai, e na verdade eles não entram dentro do sistema. Foz tem 301.000 habitantes, mas tem mais 100.000 vivendo no outro lado da ponte que usam todo o sistema do Brasil, do Brasil não, de Foz, o nosso (CM, 2006).

Embora os profissionais de saúde dos referidos países venham, nos últimos tempos, ampliando o debate sobre o atendimento aos brasiguaios e estrangeiros, os profissionais entrevistados apresentam ausência de informação sobre o assunto.

Não tem como atender os brasiguaios. Porque, primeiro eu não tô muito inteirada da questão do cartão SUS, como te falei. Eu não sei se a legislação vem permitindo isso, não sei. Agora, tem umas dificuldades, porque como tem o cartão SUS, isso limitou um pouco o atendimento (TB, 2006).

Ressalta-se que este atendimento somente ocorre porque os mesmo já estão inseridos e cadastrados no sistema de saúde municipal.

Se eles tem todos os documentos, todas as coisas, quer dizer, eles são atendidos. Quando eles tão aí provando que tem todas as documentações necessárias, porque são muito fáceis, eles tem família que moram aqui. Então, ele é brasileiro, entendeu. Tem toda a documentação, tem Cartão do SUS. Então, é muito complicado de fato, porque muitas vezes eles passam no cadastro (CM, 2006).

Quando o assunto é remetido ao atendimento para estrangeiros, principalmente paraguaios e argentinos, moradores dos países que fazem fronteira, a Coordenação de Saúde Mental é incisiva, como podemos perceber na fala abaixo.

Não, não é. Automaticamente não é atendido, porque nós temos que atender a população daqui.

Entretanto, alguns profissionais demonstraram ausência de conhecimento sobre a realização ou a possibilidade dos estrangeiros estarem sendo atendidos pelos serviços de saúde mental. Apreende-se, que para alguns entrevistados, esta questão não é relevante no cotidiano de sua ação, pois os pacientes que lhes são encaminhadas já passaram por avaliação em outros serviços.

Eu não tenho feito atendimento para eles, não tem chego até mim. Pois quando chegam na recepção, estes não são atendidos, nem encaminhados, não chega a passar da recepção. Assim a gente acaba nem sabendo se eles vêm procurar os serviços (MA, 2006).

Nós não temos esse problema aqui quando o paciente vem para cá, a maioria já fez seu cartão SUS. Quando ele vem para a consulta aqui, ele deve ter em mãos o seu cartão SUS, comprovante de moradia, RG, CPF, então não tem como atender eles (estrangeiros) (TB, 2006).

De acordo com Silva (2006), ao incorporarem esta lógica de reflexão, os trabalhadores da saúde parecem fundamentar-se apenas nas formulações legais existentes em cada país, pensando o direito a partir dos instrumentos jurídicos.

Porém, profissionais que atuam na ponta relatam, ao contrário da evidência acima, que os estrangeiros recebem atendimento nas Unidades de Pronto Atendimento e, quando for um caso mais grave, envolvendo a necessidade de internação integral faz-se contato com o Consulado do país de origem, para onde este paciente é levado e ou encaminhado. A experiência relatada abaixo, reitera a forma como as profissionais vêm conduzindo estas questões na intervenção profissional.

Tivemos uma moça que ficou com nós internada 15 dias. Ela não dizia nada direito, ela só sabia que era do Paraguai, não sabia direito nome de pai e de mãe. Aí eu tive que levar ela para o Consulado. E no Consulado eles até conseguiram entender melhor ela, como ela falava a língua deles, então ficou mais fácil a conversa. Ela ficou. Eles ficaram com tudo lá, receita, encaminhamento iam ficar tentando localizar a família dela. É desta forma que todos tem agido (KY, 2006).

Nos serviços de urgência constata-se com maior relevância, estes atendimentos, tendo em vista que por sua característica, eticamente, não é possível recusar atendimento a qualquer pessoa, que deve ser atendida sem discriminação de origem. Ao contrário das demais unidades de saúde, que pode estar filtrando esses casos.

Astorga (et. all 2004), reiteram este aspecto quando em seu estudo evidenciam que, entre as consultas por especialistas realizadas aos moradores do Paraguai, 595 delas são na área da psiquiatria (dados referentes ao ano 2001).

Após refletirem sobre os fatores que poderiam estar contribuindo no aparecimento de tantos casos de transtornos mentais, assinalam a necessidade de relacionar todos os aspectos sociais, econômicos e culturais que determinam as condições de saúde mental na fronteira.

O que eu posso te dizer é que em relação ao álcool e drogas aqui é bem complicado. Porque a gente vive circulando por um mundo ilegal/legal. A gente está sempre em cima dessa relação da ilegalidade fazendo parte da cidade. Quer dizer, passar cigarro na ponte/ mercadoria faz parte da cultura do povo de Foz. A grande maioria das pessoas, da população de baixa renda que não tem emprego fixo, carteira assinada, eles fazem algumas coisas como, por exemplo, bicos. Que bicos eles fazem? Eles passam mercadoria na ponte. Isso é contrabando, o contrabando é ilegal. Então, a gente está circulando o tempo todo num mundo ilegal. Isso, de alguma forma se parece, que não dá mais para pensar que isso é do ilegal, então isso já faz parte da vida. É assim, circular no mundo ilegal o tempo todo. As drogas, a grande maioria das pessoas que vem para cá, eles circulam muito facilmente no mundo ilegal. Entendeu. A lei hoje, há um declínio da lei, dessa função da lei, talvez na sociedade de uma forma geral. Mas eu acho que a fronteira possibilita esse achar que é possível circular ali, e que isso não é nada (CM, 2006).

Para além da ausência de entendimento dos determinantes sociais na saúde mental, as falas dão indicativos de uma naturalização destas questões no cotidiano da população e dos próprios profissionais que lá vivem.

Profissionais, com posturas mais críticas, assinalam preocupação com fatores que podem estar interferindo na saúde mental da população.

Acredito que pela situação do desemprego vivenciado hoje, eu acho que pelo turismo do comprismo, vamos dizer assim, é que sempre se ganhou muito dinheiro. Tinha a Itaipu e aliada a Itaipu o turismo no Paraguai. E hoje a situação é outra pela fronteira não se tem um plano industrial, as pessoas não tem onde se firmar. É só o mercado informal mesmo. De formal só os empregos públicos que dependem de concursos (DS, 2006).

Não sei o que dizer, mas certamente que sim, acho que esse alto índice de doença mental seja uma realidade dos dois lados da fronteira, pela pobreza, desemprego, drogas, violência (AI, 2006).

Importante assinalar que os profissionais brasileiros relatam dificuldades na resolução dos casos de estrangeiros com problemas de transtornos mentais que acabam sendo atendidos, principalmente, nos serviços de urgência e emergência. Esta unidade de saúde é a única porta de entrada dos mesmos para atendimento na área.

Nessa hora nós devíamos estar tendo apoio, orientação da saúde mental, é desta forma que penso no meu entendimento, mas é totalmente ao contrario. Na hora que o bicho pega ninguém quer saber, vai para o pronto-atendimento. Eu tive um caso que era tupi-guarani, além de tudo queimou as duas mãos e ninguém queria saber, ninguém entendia nada que o cara falava, o Consulado do Paraguai e do Brasil, também não querem assumir esse tipo de responsabilidade. A gente tem que estar peitando o Cônsul, tem que estar ameaçando para eles assumirem uma posição, assumirem o caso (DS, 2006).

Apreende-se que, em Ciudad del Este, não há registro de procura de atendimento por parte de brasileiros na área, até porque esta cidade possui escassos serviços nesta área.

Não, não há procura por brasileiros em saúde mental, não há procura, até porque Brasil tem mais condições que o Paraguai. Muito difícil disto acontecer (AI, 2006).

Quando questionados acerca da procura por munícipes de Ciudad del Este, por serviços de saúde mental em Foz do Iguaçu, os entrevistados assinalam que,

A nossa população não procura serviços de saúde mental não, o que eles costumam procurar são os serviços de DST/HIV. Agora de saúde mental acredito que não, nunca tive conhecimento se isso ocorre (AI, 2006).

O quadro até então relatado da percepção dos profissionais e gestores de saúde acerca da saúde mental na fronteira, evidencia desconhecimento da situação na região, tanto pelos profissionais como pelos gestores desta área.

Decorrente do não conhecimento, não há uma problematização desta realidade, conseqüentemente, não são identificadas as necessidades demandadas pelos portadores de transtornos mentais, reproduzindo, desta forma, a exclusão histórica destes usuários através da não implementação de políticas públicas e, também, implantação de serviços que dêem conta da necessidade local.

Tendo em vista a realidade da fronteira descrita no decorrer de todo este trabalho, identificamos que os profissionais ao lidarem cotidianamente com algumas situações desencadeados pela dinâmica fronteira, acabam naturalizada-a. Assim sendo, a implementação de uma política pública de saúde mental que leve em conta toda a problemática da fronteira em questão, não apresenta significativa relevância, como foi identificado através do discurso de alguns profissionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Um dos grandes desafios para a sociedade contemporânea tem sido aceitar e inserir em seu meio social, os diversos grupos que por longo período de tempo foram marginalizados da sociedade por não se enquadrar nos padrões de 'normalidade' estabelecidas em cada época. O portador de transtorno mental foi por muito tempo segregado em instituições, por ser considerado um desviante social.

Posteriormente, com os grandes adventos e invenções que conduziram o mundo à modernidade, superando a visão mágico-religiosa do mundo, a medicina incremento-se através de uma visão do conceito do processo saúde-doença, que enfocava o indivíduo susceptível ao agente etiológico, desconsiderando fatores sociais, econômicos e culturais, hoje imprescindíveis para a compreensão do processo saúde-doença.

Neste cenário as políticas públicas foram sendo consolidadas em um sistema hegemônico que lidavam com as questões referentes ao processo saúde-doença (LUZ, 1997, p. 80). Esta realidade é a prática corrente da psiquiatria que consolidou o modelo hospitalocêntrico, institucionalizando o cuidado do portador de transtorno mental.

Entretanto, as práticas sociais e de saúde são reorganizadas a partir das dificuldades e das demandas específicas. Buscando esta reorganização, a assistência psiquiátrica, vivenciou tentativas de mudança, através de diversas reformas no setor. Porém, sem questionar a base que as fundamentavam, não alcançam uma mudança significativa.

Nesta construção, vivencia-se atualmente, a experiência denominada de desinstitucionalização, inspirada na trajetória italiana. Esta experiência propõe reconstruir as práticas em saúde mental, através do diálogo dos diferentes saberes. Assim, a prática em saúde mental que vem sendo consolidada produz o entendimento da saúde-doença como processo social, e coerentemente, em práticas assistenciais de desinstitucionalização, exigindo um novo modelo de atenção.

Entendendo a saúde mental, em uma perspectiva ampliada do conceito saúde, incluindo em seus determinantes as condições gerais de existência (Costa-Rosa, et al, 2001), passou-se a formular um modelo de atenção de base comunitária, comprometida com a promoção da saúde mental, a inserção social, a atenção integral e construção da cidadania do portador de transtorno mental.

Sendo a comunidade espaço de cuidado, a substituição do modelo asilar vem sendo a principal característica deste processo. Neste sentido, estão sendo criados novos serviços com propostas de cuidado diferenciadas dos espaços tradicionais, levando em consideração a singularidade e as condições concretas de vida das pessoas que buscam cuidado.

Assim, vêm sendo construídos uma rede de serviços substitutivos composta por centros de atenção diária, unidades ambulatoriais, residências terapêuticas, hospitais-dia, leitos psiquiátricos em hospital geral e outros dispositivos.

Estes novos serviços, além do desafio de lidar com a mudança na forma de prestar a assistência em saúde mental, estão se deparando com uma nova demanda, que vem crescendo a cada dia, em decorrência das transformações sócio-econômicas que vem determinando as condições de vida e saúde da população.

A população vem se deparando com seu cotidiano permeado pela violência, com a falta de emprego, com a falta de respeito com seus direitos, com a crise no sistema de proteção social, desencadeando, insegurança, sofrimento, que acabam determinando sua condição de saúde mental e, exigindo a formulação de políticas públicas específica.

Neste cenário, caracterizado por um processo social complexo, que através da Reforma Psiquiátrica, vem atribuindo novas formas de lidar e compreender a loucura, acrescentamos o emaranhado de relações que envolvem a região de fronteira com suas particularidades que a reveste de particular importância, e identificamos o quadro atual da atenção em saúde mental na região de fronteira entre Foz do Iguaçu- BR e Ciudad del Este-PY , descritas no decorrer deste estudo.

Buscando identificar as políticas e redes públicas de atenção em saúde mental nesta região fronteiriça, fomos desvendando a realidade presente, tanto nas políticas nacionais quanto nas redes de atenção a nível municipal, e algumas considerações finais são relevantes.

No plano Nacional, através do resgate realizado das legislações vigentes que conformam as políticas públicas existentes em saúde mental tanto no Brasil quanto no Paraguai, identificamos um antagonismo entre estes países, na escolha do modelo de assistência implantado por ambos.

O Brasil apresentou avanços significativos nesta área, introduzindo um novo modelo de atenção através de serviços extra-hospitalares inseridos na comunidade, priorizando o cuidado através de equipe interdisciplinar, apresentando desta maneira, tendência de reversão do modelo hospitalar para os serviços comunitários.

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, vem se caracterizando como os serviços substitutivos reguladores dos demais dispositivos como os ambulatórios, Hospitais-dia, Residências Terapêuticas e outros.

As mudanças identificadas na assistência ao portador de transtorno mental, fazem parte de um projeto mais amplo, onde as transformações, que ocorreram no modelo de assistência em saúde, consolidadas pela Constituição Federal de 1988 e pela LOS, imprimiram no campo da saúde mental o entendimento da saúde enquanto processo social, desencadeando proposições de um modelo assistencial voltado para a desinstitucionalização.

É possível identificar, desta forma, que as principais diretrizes do Movimento da Reforma Psiquiátrica foram incorporadas pelo Ministério da Saúde, constituindo a atual política de saúde mental brasileira.

Importante observar, que mesmo sendo considerada um importante avanço na garantia de direitos aos portadores de transtornos mentais, as profissionais de Foz do Iguaçu teceram diversas críticas quanto à implementação da política nacional de saúde mental à nível municipal. As críticas demonstram a fragilidade que a mesma vem apresentado referente aos aspectos técnico-assistenciais, pois os profissionais não estão sendo capacitados para lidar no seu cotidiano com essa nova realidade. Assinalam, também, que a maioria dos municípios não estão recebendo respaldo financeiro suficiente para a abertura de novos serviços e para a contratação de recursos humanos necessários

Concernente ao Paraguai, o Ministério da Saúde e Bem Estar Social, publicou a missão e a visão que decorrem a cerca das diretrizes para a saúde mental no país. Estas apresentam posição favorável a adoção dos princípios da Reforma Psiquiátrica, em uma perspectiva de garantia dos direitos humanos, promovendo o bem estar subjetivo, favorecendo o desenvolvimento das habilidades dos portadores de transtornos mentais, através da adoção de diversas terapêuticas.

No entanto, nossa investigação evidenciou que as ações e serviços oferecidos estão estruturados, ainda, no modelo hospitalocêntrico. Não foi identificado, nenhum indicativo ou estratégia de ação que leve a uma tendência contrária da constatada, na condução para a garantia dos direitos dos portadores de transtornos mentais e, ou uma transformação no modelo de atenção ou na concepção de cuidado baseado, ainda, no binômio saúde-doença.

Sem um marco político-jurídico, o Paraguai não apresenta avanços nem indicativos de uma reforma no setor. Os direitos aos portadores de transtornos mentais não estão inseridos em

nenhum documento, ou seja, não há direitos civis, políticos e nem sociais destinados a este grupo específico no país.

Ao contrário, no Brasil verificamos um marco legal, referenciado através da promulgação da Lei nº 10.216/01, que possibilitou a ampliação do debate público sobre a saúde mental e suas instituições. Esta Lei não é a única encontrada no rol jurídico-político brasileiro, que vem consolidando-se através de diversas normas legais que garantem direitos ao portador de transtorno mental.

Entendemos que estas diferenças existentes entre os dois países são próprias da cultura e história que no processo de construção, ocorreram de forma diferenciada entre ambos. Neste sentido, podemos afirmar que o Brasil, possui uma história diferenciada no processo de reforma psiquiátrica, marcada por um amplo movimento social, mais conhecido como a luta antimanicomial, que favoreceu as mudanças na conformação da atual política nacional de saúde mental brasileira..

No Paraguai, não há registro de um movimento social, da natureza que ocorreu no Brasil, apenas algumas ações isoladas de grupos específicos como o ocorrido com o Hospital Neuropsiquiátrico, que devido as denúncias contra as condições em que se encontravam os pacientes, acabaram resultando em algumas melhorias para os asilados nesta instituição. Porém, é importante frisar que as mudanças que ocorreram na mesma, foram devido à imposição de órgão internacionais, que se colocaram contra as condições em que se encontravam os internos, e não por iniciativas governamentais.

Apontamos, desta forma, que na área da saúde mental vem sendo emergente a necessidade de um marco legislativo que garanta direitos aos portadores de transtornos mentais no Paraguai.

O Brasil vem incorporando o referencial teórico-prático da Reforma Psiquiátrica Democrática italiana sob o paradigma da desinstitucionalização, pautada em uma ética de inclusão social, solidariedade, e o resgate da cidadania, apesar de não ter se efetivado de forma integral, em algumas experiências. Ao contrário do Paraguai, que continua a incorporar o referencial da psiquiatria tradicional sem construir uma relação com o portador de transtorno mental que possibilite sua inserção na sociedade e o torne um sujeito de direitos.

No entanto, o processo de reestruturação no Brasil, diminuiu significativamente, reduzindo o número de novos serviços extra-hospitalares, e os investimentos financeiros

permanecem, ainda, concentrados a maior parte, na modalidade de interação integral de longa duração (BRASIL, 2004).

Observa-se, no Paraguai, que tanto as ações empreendidas pelas políticas governamentais, como as expectativas de cidadania, expressam uma visão centralizada, reducionista e fragmentada na atenção em saúde mental. Desta forma, um grande desafio na atualidade, para os paraguaios é superar estas práticas custodiais inserindo um novo modelo de atenção.

No âmbito municipal, nos respectivos países, identificamos através dos resultados obtidos, que os serviços públicos que compõem as redes de atenção em saúde mental e a dinâmica de funcionamento das mesmas, evidenciam profundas diferenças técnico-assistenciais na área de saúde mental nos municípios.

Foz do Iguaçu, apesar não estar com uma rede de serviços em saúde mental estruturada de forma a atender a totalidade das necessidades que o município vem demandando, nos últimos anos registrou significativos avanços através da implantação de novos serviços que incorporam as diretrizes da Reforma Psiquiátrica. Desta forma, segue a tendência da política nacional, através da implantação de serviços extra-hospitalares, e da proposta de inserção desta especialidade na atenção básica, visando a diminuição de internações em instituições especializadas em psiquiatria.

Ao contrário, Ciudad del Este centraliza, praticamente todo o atendimento em um único serviço, não concebendo possibilidade de implantação de serviços descentralizados e comunitários, que efetivem uma rede diversificada de dispositivos na área. Este município, não se difere da realidade nacional, apresentando uma alta demanda e, ao mesmo tempo, não oferece cuidados em saúde mental através de uma rede de apoio estruturada de forma a garantir a integralidade e a qualidade dos atendimentos.

Como consequência da ausência de uma política ou programa de saúde mental, tanto a nível nacional como municipal, a única terapêutica adota é exclusivamente medicamentosa não priorizando a construção de rede de relações sociais que favoreçam a inserção social e a cidadania do usuário. As dimensões sociais e culturais acabam não sendo consideradas como funções chaves no tratamento.

Concernente aos serviços de Foz do Iguaçu, evidencia-se que a Coordenação de Saúde Mental procura trabalhar dentro de uma visão inovadora, embasada pelo princípio da desinstitucionalização, almejando a inserção do portador de transtorno mental ao convívio da comunidade enquanto sujeito social, embora esta não seja posição identificada em todos os

profissionais entrevistados. Apesar das limitações de alguns profissionais, vem se sobressaindo com ações desenvolvidas a partir dos novos conceitos e práticas de saúde.

O cuidado integral por uma equipe multidisciplinar, fazendo emergir uma nova maneira de olhar e cuidar o portador de transtorno mental foi agregado, nos serviços de Foz do Iguaçu, que apresenta equipe compostas por diferentes áreas. Embora, assinalamos como limitação desta pesquisa, não ter identificado a interação existente entre estes saberes.

Ciudad del Este, ainda prioriza um atendimento médico psiquiátrico, não interagindo com a pluralidade dos saberes, até porque os recursos destinados em termos econômicos e humanos são insuficientes.

Entendemos que as diferenças identificadas entre os dois municípios são resultantes do processo social, cultural, político e econômico que conforma a história de cada país. Esse aspecto levou com que cada um adotasse concepções distintas de direito e, apesar de possuírem semelhanças no plano legal de seus sistemas de saúde, se diferenciam na forma como os mesmos vem sendo implantados.

As diferenças existentes, nos serviços de saúde mental do Brasil e Paraguai, acabam ocasionando uma procura por estes atendimentos, principalmente nos serviços públicos de Foz do Iguaçu, pelos moradores de Ciudad del Este, conforme informações fornecidas pelos profissionais de saúde deste município. Entretanto, o mesmo não vem ocorrendo em Ciudad del Este, tendo em vista a carência de recursos financeiros e humanos nesta área.

Não vem ocorrendo a inserção da saúde mental no debate e discussões da saúde na fronteira, que vem ocorrendo em diversas instâncias.

Conforme evidenciamos, os gestores, coordenadores e profissionais, com algumas exceções, não estabelecem nenhuma relação crítica entre a realidade fronteiriça e os determinantes sociais de saúde com a saúde mental e as políticas públicas implantados para o enfrentamento dos problemas na área.

Neste sentido, de uma forma geral o quadro atual da saúde mental na referida região, é permeado por antagonismos e contradições. De um lado, Foz do Iguaçu com propostas inovadoras sinalizando para reversão do modelo hospitalar; de outro, Ciudad del Este reproduzindo práticas asilares tão fortemente combatidas, ficando algumas proposições, apenas na intencionalidade dos profissionais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA FILHO, N.; PERES, M.F. *A nova psiquiatria transcultural e a reformulação na relação entre as palavras e as coisas*. Interface, comunicação, saúde e educação (Botucatu). [on line]. Mar-ago-2005, vol.9 nº 17 [citado 9 de jan 2006], p. 275-285. disponível: [http://www.scielo.com.br/scielo.php?ISSN 1414-3283](http://www.scielo.com.br/scielo.php?ISSN%201414-3283).
- ALMEIDA, P.F. de; GIOVANELLA,L.; MATOS, M. Sistemas de Saúde Brasileiros: dilemas da universalização. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, p. 137-154, 2002.
- ALVES, D. S. Integralidade nas políticas de saúde mental. In:PINHEIRO; MATTOS (Oor). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro:UERL, IMS/ABRASCO, 2001.
- AMARANTE, Paulo. *O homem e a serpente*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1996.
- AMARANTE , P. *Loucos pela vida: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil*. 2 ed. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.
- AMARANTE, P. GULJOR, A P. Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re)construção da demanda no corpo social.. In: PINHEIRO, R. MATTOS, R. (Orgs). *Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ:ABRASCO, p. 65-77, 2005.
- AMARANTE, P., GIOVANELLA,L. O enfoque do planejamento em saúde e saúde mental. In P.Amarante (Org.), *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. P.113-148. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.
- AMARANTE, Paulo. *A Clínica e a Reforma Psiquiátrica*. In: AMARANTE (Coord.) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: NAU, p. 45-65, 2003.
- AMARANTE, Paulo. Construção social da demanda: direito a saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. PINHEIRO, R. MATTOS, R. (Orgs). *Reforma psiquiátrica e desinstitucionalização: a (re) construção da demanda no corpo social*. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ:ABRASCO, p 65-77, 2005.
- ASTORGA, J. I. *Contexto dos países e da fronteira*. In: Revista de Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002. Brasília:Organização Pan-Americana de Saúde, 2004.
- ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE FOZ DO IGUAÇU. *I Semonario da Tríplíce Fonteira*. Foz do Igacu: 2003. Disponível em: www.acifi.org.br. acessado em 25 set. 2005.
- BARATA, R.B. Desigualdades sociais e saúde. Et.al: G.V. SOUZA CAMPOS (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec;Rio de Janeiro: Ed, Fiocruz,, p. 458-486, 2006.

BARCELLOS. C., PEITER, P., ROJAS LI, MATIDA A. *A Geografia da AIDS nas Fronteiras do Brasil*. Trabalho realizado para o “Diagnostico Estrategico da Situação da Aids e das DST nas Fronteiras do Brasil”. Convenio Ministério da Saúde/CN DST/Aids; Population Council e USAID. Campinaas, 2001.
<http://www.igeo.ufjf.br/fronteiras/pesquisa/fronteira/p02pub03.htm#1.%2INRODUÇÃO>
 (acessado em 12/dez/05).

BARROS, D. D. Cidadania *versus* periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. São Paulo: Lemos Editorial, In: AMARANTE (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.171-196, 1994.

BIRMAN, J. A Cidadania Treloucada. Notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: AMARANTE; BEZERRA (Orgs). Rio de Janeiro: Relume-Dará, 1992.

BIRMAN, J. *Interpretação e representação na saúde coletiva*. Physis, 1991.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE (Org.) *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, p.41-72, 1994.

BIRMAN, Joel. *Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

BASAGLIA, Franco. *A Instituição Negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: Texto Constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotada pela EC de n. 1, de 1992, a n. 31, de 2000, e pelas EC de Revisão de n. 1 a 6, de 1994. 16. ed. Brasília, DF: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede Mega Países e Declaração do México*, Brasília, 2001.

_____. Senado Federal. Lei 8.080, 19 de setembro de 1990^a. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.

_____. *Legislação em Saúde Mental 1990-2004*. Brasília: Ministério da Saúde, 5ª edição ampliada, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS/1996, de 6 de novembro de 1996. Gestão Plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. Ministério da Integração Nacional. *Proposta de Reestruturação do Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira*. Brasília: Ministério da Integração Nacional. 2005.

BREIL, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. Hucitec, São Paulo, 1991.

BREILH, J. *Globalizacion y las condiciones de vida y salud en America Latina*. Anais do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem. São Paulo, 1996.

BUSS, P. M. *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Ciência & Saúde Coletiva. V. 5, nº 1. Rio de Janeiro, 2000.

BRITTO, Renata.C. A internação involuntária e a Lei 10.216/01: reflexões acerca da garantia de proteção aos direitos da pessoa com transtorno mental. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2004.

CAMMMARATA, E. B. *Misiones: turismo, paisaje en la frontera cõn Paraguay y Brasil*. Universidad Nacional de Misiones. Argentina, 2004. Disponível em: www.ensp.fiocruz.br/parcerias/redsaud/forum. Acesso em 23 maio 2006.

CAMPOS, F. B. *O modelo da Reforma Psiquaitrica e as modelagens de são Paulo, Campinas e Santos*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva apresentado pela Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 2000.

CARVALHO, S. R. *As contribuições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*. Ciência & Saúde Coletiva. V. 9, nº 3. Rio de Janeiro, jul/set. 2004.

CASTEL, Robert. A instituição psiquiátrica em questão. In: FIGUEIRA, Sérvulo. *Sociedade e Doença Mental*. Rio de Janeiro: Campos, 1978.

CASTRO VIEIRA, J. de. *Dinâmica polieconômica do Mercosul frente à globalização*. Tese de Doutorado. Brasília, UNB/Centro de Pesquisa e Pós-Graduação sobre a América Latina e Caribe, 2001.

CATTA, L. E. *O cotidiano de uma fronteira: a perversidade da modernidade*. Cascavel: EDUNIOESTE, 2002.

CERQUEIRA, R.F. *Construção do Sentido da integralidadeno território da vida: compreensão do sofrimento psíquico*. Dissertação de Mestrado apresentada a Escola Nacional de saúde Pública/FioCruz, 2003.

CHINDEMI, J.V. *Ciudadanos o extranjeros? Espacio fronterizo y soberania territorial en el corredfor internacional de Río Grande del Sur (1923-1935)* In: GONZÁLES, J. GRIMSON, A. . *Fronteras, naciones e identidades: la periferia como centro*. Buenos Aires: Ciccus – La Crujia, 2000.

CICCOLELLA, J.P. O capitalismo histórico: entre o protecionismo e a integração em blocos econômicos. In: Lavinias L. Carleial, L., Nabuco, MR. (Orgs). *Integração, Região e Regionalismo*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, p. 43-53.1994.

COMISSÃO DE DETERMINANTES SOCIAIS DE SAÚDE (CSDH). *Rumo ao modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde*. Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rascunho, maio de 2005.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS EM SAÚDE DO BRASIL (CNDSS). *Iniquidades em Saúde no Brasil: nossa mais grave doença*. Documento apresentado por ocasião do lançamento da CNDSS, março de 2006.

COSTA J.F. Os interstícios da Lei. In: *Saúde Mental e Cidadania*. São Paulo: Mandacaru, 1987. (Tempos Modernos). 1987

COSTA ROSA, A. da. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE (Org.) *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro. Fiocruz, p. 141-168, 2000.

COSTA-ROSA, A. LUZIO, C.A. & YASUI, S. *As Conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial*. Saúde em Debate. p. 18-21, 2001.

COTRIM, B.C. *Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias*. Revista de Saúde Pública, São Paulo, vol. 30, nº 3, p. 285-293, 1996.

CUSTO, E. *Trabajo social, ciudadanía y salud mental: aportes en torno a la intervención profesional*. Tese apresentada para optar el título de Magister en salud mental. Universidad Nacional de Entre Rios. Facultad de Trabajo Social. Parana. Argentina..., 2003.

DAVID, H. *Sentir Saúde - Religiosidade Popular e Cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde: Repensando a Educação em Saúde junto às Classes Populares*. Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, 2001.

DELL'ACQUA, G. & MEZZINA, R. Resposta a Crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. Santos: edição do autor, 1991.

DUCHIADE, M. População brasileira: um retrato em movimento. In: *Muitos Brasis – Saúde e População na década de 80*. MINAYO (org). p. 14-56, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz., 1999.

FALEIROS, Vicente. *O que é Política Social?*. São Paulo: Brailiense, 1986.

FOUCAULT, Michel. *Historia da Loucura*. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, Prisões e Conventos*. 3 edição. São Paulo: Perspectiva, 1990. (originalmente publicado em 1961).

GONZÁLES, Carolina Laurindo. 2005. La frontera en debate: una discusión abierta en torno a la integración regional y el futuro del Estado nación. In: *Seminário Latino Americano Fronteira Mercosul: as interfaces entre o social e o direito à saúde*. Anais. Florianópolis: Núcleo de

Estudos Estado, Sociedade Civil e Políticas Públicas do Departamento de Serviço Social da UFSC . Palestra.

GUIMARÃES, Luiza. *Integração Regional e Políticas de Saúde: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades brasileiras de fronteira com países do Mercosul*. Projeto de Pesquisa apresentado para qualificação de Doutorado. Rio de Janeiro, 2005.

HOFLING, E.M. *Estado e Políticas (Públicas) Sociais*. Cadernos Cedes, ano XXI, nº 55, 2001. [http:// www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint5.1.doc](http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint5.1.doc) (acessado em Abril/2006).

IAMAMOTO, M.V. *Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

IAZBEK, M.C. Política Social – assistência social e filantropia. In CARVALHO, D.B.; SOUZA, N.H.B.; DEMO, P. *Novos paradigmas da política social*. Brasília, UNB, Programa de Pós Graduação em Política Social, Departamento de Serviço Social, 2002, p. 411-428.

IÑIGUEZ, L; VITORES, A. Entrevista Grupal. *Curso de Investigación Cualitativa: fundamentos, técnicas y métodos*. UBA, Argentina, 2004.

JIMÉNEZ, H.; VÁSQUEZ, J. El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan America J Public Health*. Washington, v. 9, n. 4, p. 264-271, abr. 2001.

KURZ,R.I. *Personas con discapacidades (físicas y psíquicas)*. Informe DDHH en Paraguay, 1997. [citado em 3 jul. 2006], p. 1-10. disponível em: [http:// www.derechos.org/nizkor/paraguay/1997](http://www.derechos.org/nizkor/paraguay/1997).

LANCMANN,S. *As influências das instituições psiquiátricas sobre as comunidades: um estudo quantitativo no Estado de São Paulo*. São Paulo: USP (Relatório de pesquisa escola de terapia ocupacional), 1992.

LOPES, C.; FAERSTEIS,E.; CHOR, D. *Eventos de vida produtores de estresse e transtornos mentais comuns: resultados do estudo Pró-Saúde*. Cadernos de Saúde Pública, v. 9, nº 6, Rio de janeiro. Nov/dez. 2003.

LUCCHESI G. *Globalização Sanitária: os rumos da vigilância sanitária no Brasil*. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: ENESP/FICRUZ, 2001.

MEDEIROS, S. M.; GUIMARÃES, J. *Cidadania e saúde mental no Brasil: contribuições ao debate*. Ciência & Saúde Coletiva. [on line] 2002, v.7, nº 3 [citado 11 de jan. 2006], p. 571-579. disponível: [http:// www.scielo.com.br/scielo.php? ISNN 1413-8123](http://www.scielo.com.br/scielo.php?ISNN1413-8123).

MENDES, E.V.M. *Uma Agenda para a saúde*. HUCITEC- ABRASCO, São Paulo-Rio de Janeiro, 1996.

MINAYO, M.C.; HARTZ, Z. M.; BUSS, P. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciência & Saúde Coletiva. V. 5, nº 1. Rio de Janeiro, 2000.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. 6ª Edição. Rio de Janeiro: Abrasco. 1999.

_____. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

MULLER, K.M. *Mídia e fronteira: jornais locais em Uruguaiana – Libres e Livramento – Riviera*. Tese de Doutorado apresentado pela Universidade Federal do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. São Leopoldo, Rio Grande do Sul, 2003.

_____. *Espaços urbanos de fronteiras nacionais: leituras de jornais locais*. In: Revista Eletrônica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ed. 12, v. 2, 2005/2. disponível em: www.intexto.urgs.br. Acessado em 26 abr. 2006.

NETTO, J.P. *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

NICÁCIO, F. *Utopia da realidade: contribuições da desinstitucionalização para a invenção de serviços de saúde mental*. Tese de Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2003.

NOGUEIRA, V.M.R. *Intervenção profissional: legitimidade em debate*. In: Revista Katalisys, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social. V. 8, nº 2,, p. 185-192, 2005.

OLIVEIRA, A. B.; ALESSI, N.P. *Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica*. *Ciência e Saúde Coletiva* vol. 10, nº 1. Rio de Janeiro, 2005. [citado em 11/jan/2006] p. 191-203. disponível em, <http://www.scielo.br/scielo.php?ISSN1412812>

OLIVEIRA, M. P. *A Reforma Psiquiátrica e a contribuição do Serviço Social*. *Revista Brasileira de Neurologia e Psiquiatria*. V. 2, n. 1, abr. 1998, mimeografado.

OLIVEIRA, F.M. *Território da vida- um recurso para a transformação das relações entre sociedade e loucura*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública apresentada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2004.

ONOCKO-CAMPOS, R.T.; FURTADO, J.P. *Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde*. *Cad. de Saúde Pública*, v 22, nº 5, Rio de Janeiro. Maio de 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório sobre Saúde Mental no Mundo*, 2001. Disponível em : < www.opas.org >. acesso em 14 de out. 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial sobre a Violência e Saúde*. 2004. Disponível em : < www.opas.org >. acesso em 14 de out. 2005.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, Representação no Brasil. *Saúde Coletiva: reorientação das práticas e serviços de saúde*. Disponível no site: <http://www.opas.org.br/coletiva/temas>. (acessado em 06/jul/06).

PADRÓS, E. S. *Fronteira e integração fronteiriça: elementos para uma abordagem conceitual*. Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, v. 17, nº 12, p. 63-85. Porto Alegre: jan-fev, 1994. disponível em: www.midiacfronteira.com.br. Acessado em 18 julh 2006.

PAIM, J.S. Abordagens teórico conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: R.B.BARATA (org.). *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro: Abrasco, p. 7-30, 1997.

PARAGUAY. Constitución de la Republica del Paraguay de 1992.

_____. Programa de Gobierno. 1999-2003. Republica del Paraguay. Gobierno del Unidad Nacional. Asunción, noviembre de 1999. Disponível em: www.paraguaygobierno.gov.py. Acesso em 21 de mar. 2006.

_____. Ministério de Salud e Bienestar Social. Dirección General de Programas de Salud. *Salud Mental*. Disponível em: www.mspbs.gov.py. Acesso em 05 de jul 2006.

_____. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social. *Programa de Descentralización de la Salud Mental*. Hospital Psiquiátrico, Asunción, 1997.

_____. Ministério de Salud Pública y Bienestar Social. *Unidad de Salud Mental Regional: una alternativa en la atención en salud mental y de la asistencia psiquiátrica descentralizada*. Departamento de Salud Mental y Organización Panamericana de la Salud, Asunción, 1997b.

PASTORINI, A. *Quem mexe os fios das políticas sociais? Avanços e limites da categoria "concessão-conquista"*. Revista Serviço Social e Sociedade, nº 53, ano XVII, São Paulo: Cortez 1997.

PEITER, P. C. *Geografia da saúde na faixa de fronteira continental do Brasil na passagem do milênio*. Tese de Doutorado em Geografia apresentado para a Universidade Federal do Rio de Janeiro. UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro, 2003.

PELIZZARO, Inês. *Reforma da Saúde no Mercosul: saúde mental*. Direito à saúde: discurso, prática e valor: uma análise dos países do Mercosul. Relatório Parcial de Pesquisa. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. 2002.

PELLEGRINI FILHO, A. *Compromisso com a ação*. Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Revista Radis, nº 47, julho de 2006.

PEREIRA, Josecleto C. A. *o trabalho e o equilíbrio social: Mercosul e Sindicalismo*. Porto Alegre: síntese, 2000.

PEREIRA, Rosemary Corrêa. *Políticas de saúde mental no Brasil: o processo de formulação da lei de reforma psiquiátrica (10.216/01)*. Tese de Doutorado apresentado pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro. 2004.

PORTILLO, C. *Situación de lá salud mental*. Athia- Alternativas para la salud mental. Paraguay, 2005.

_____. *La reestructuración de los servicios de atenciónm en salud mental*. Alternativas para la salud mental. Paraguay, 2005.

PORTOCARRERO, V. M. *O dispositivo de saúde mental: uma metamorfose na psiquiatria brasileira*. Tese de Doutorado, Rio de janeiro: Instituto de Filosofia e Ciências Sociais. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1990.

RABOSSI, F. *Nas ruas de Ciudad De Leste: vidas e vendas em uma cidade de fronteira*. Tese de Doutorado, PPGAS. Museu Nacional, UFRJ. Rio de Janeiro, 2004.

RIETRA, R. C. P. *Inovações na gestão em saúde mental: um estudo de caso sobre o CAPS na cidade do Rio de Janeiro*. Dissertação de Mestrado apresentado pela Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de saúde Pública. 1999.

ROTELLI, Franco *A experiência da desinstitucionalização italiana: o processo Trieste*. Saúde Debate, n.2, jun. 1992 (Cadernos Polêmicos).

ROTELLI, Franco *A Instituição Inventada*. In NICÁCIO, F. (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, p. 89-99, 2001.

ROTELLI, Franco. *Desinstitucionalização uma outra via: A reforma Psiquiátrica italiana no contexto da Europa Ocidental e dos países avançados*. In ROTELLI, Franco (Org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, p. 17-59, 2001b.

SADIGURSKY, D.; TAVARES, J. L. *Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização*. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 6, n. 2. Ribeirão Preto, 1998. [http:// www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid) (acessada em 06/fev./06).

SANTOS, M. *Metamorfose do espaço habitado: fundamentos teóricos e metodológicos da geografia*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SANTOS, M. *Por uma outra globalização: do pensamento único à consciência universal*. São Paulo: Record, 2000.

SANTOS, M. O retorno do território. In: SANTOS, M. SILVEIRA,L. (Orgs.) *Território: globalização e fragmentação*. São Paulo:Hucitec, 5ª ed.p.15-20, 2002.

SANTOS, M.; SILVEIRA,L. M. *O Brasil: território e sociedade no início do século XXI*. Rio de Janeiro/São Paulo: Record, 2001.

SARACENO, B. *Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível*. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia, Belo Horizonte: Te Cora, 1999.

SARQUIS, P. *Lá Educación em zonas de frontera: sintiese de investigaciones realizadas em Argentina*. In: TRINDADE, A.; GOLIN, T. A fronteira: governos e movimentos espontâneos na fixação dos limites do Brasil com o Uruguai e a Argentina. Porto Alegre: L&PM, 2002, v. 1. Disponível em: www.intexto.ufgrs.br. Acesso em 25 abril 2006.

SCALZAVARA, F. As reformas no Paraguai. In: SIMIONATTO, I; NOGUEIRA, V. *Dilemas do Mercosul: Reforma do Estado, Direito à Saúde e Perspectivas da Agenda Social*. Florianópolis: Lagoa Editora, p. 112-120, 2004.

SCHECHTMAN, A. Território e Idiorritmia. Caderno Eletrônico da Reforma psiquiátrica: *Laços: saúde mental em rede*. MS/SAS/DAPE/Coordenação Geral de Saúde Mental. Ed. Especial de Lançamento, Brasília, 2004. www.pvc.datasus.gov.br/documentos/laços. (acessado em 10/jan/06).

SEIDL, E.; ZANNON, C.M. *Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos*. Ciência & Saúde Coletiva. V. 20, nº 2. Rio de Janeiro, mar/abr, 2004.

SENNES, R. *Países intermediários e fóruns multilaterais: algumas considerações*. 3º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói. Abril 2002.

SGAMBAT, E.R. *Reinternação e rejeição familiar: um estudo com o paciente psiquiátrico*. Ribeirão Preto. Dissertação de Mestrado apresentado para escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1983.

SILVA, M. G. da, *O local e o Global na tenção das necessidades de saúde dos brasiguaios: análise da intervenção profissional do assistente social em Foz do Iguaçu*. Dissertação de Mestrado de Serviço Social, apresentado pela Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

SILVA, Sidney A.. *Hispano-Americanos no Brasil: ente a cidadania sonhada e a concedida*. Migrações Internacionais: Contribuições para a Políticas, Brasil, 200/ Coord. Mary Garcia Castro. Brasília: CNPD, 2001.

SIMIONATTO, Ivete; *Singularidades do Estado e da Sociedade Civil no contexto do Mercosul*. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera M. R. *Dilemas do Mercosul: reforma do Estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social*. Florianópolis: Lagoa Editora. p. 27- 47, 2004.

SOUZA, M. J. L. In: *O território: sobre espaço e poder autonomia e desenvolvimento*. Geografia Conceitos e Temas. CASTRO, i. (Org.), 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

SOUZA UNGLERT, C.V. Territorialização em sistemas de saúde. In: E.V.MENDES (org). *Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo:Hucitec/Abrasco, 1999.

SPRICIGO, Jonas Salomão. *Desinstitucionalização ou Desospitalização: a aplicação do discurso na prática psiquiátrica de um serviço de Florianópolis*. Florianópolis: Tese de Doutorado em Filosofia da enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

STUART, A. *regionalismo e democracia: o papel do comitê das regiões na União Européia*. 3º Encontro Nacional da Associação Brasileira de Ciência Política, Niterói. Abril 2002. <http://www.cienciapolitica.org.br/encontro/relint.3.4.doc> (acessado em Abril/2006).

TALAVERA, L. *Derecho a la salud*. Informe DDHH en Paraguay, 1997. [citado em 3 jul. 2006], p. 1-12. disponível em: <http://www.derechos.org/nizkor/paraguay/1997>.

TSU. T.A. *A internação psiquiátrica e o drama das famílias*. São Paulo: EDUSP/VETOR, 1993.

VASCONCELLOS, E. O controle Social na reorientação do modelo assistencial em Saúde Mental no Brasil atual. In: *Cadernos de Textos da III Conferência Nacional de Saúde Mental – “Cuidar Sim, Excluir Não”*. Brasília: dezembro de 2001, p. 32-40.

VECHI, L.G. *Iatrogenia e exclusão social: a loucura como objeto do discurso científico no Brasil*. Estudo.psic. (Natal). [on line]. set/dez. 2004, v.9,n.3 [citado 9 jan. 2006], p. 489-495. disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?ISSN.1413-294x>

VIEIRA FILHO, N.G.; NOBREGA, S.M. *Atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social*. Estudos de Psicologia, nº 9, Universidade Federal de Pernambuco, 2004, p. 373-379.

VIETTA, E.P.; KODATO, S.; FURLAN, R. *Reflexão sobre a transição paradigmática em saúde mental*. Ciência & Saúde Coletiva. V. 9, nº 2. Ribeirão Preto, março/abr. 2001.

WESTPHAL.M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. Et.al: G.V. SOUZA CAMPOS (org.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec;Rio de Janeiro: Ed, Fiocruz,, p. 635-667, 2006.

YASUI, S. *CAPS: aprendendo a perguntar*. SAÚDE LOUCURA. 1991. 47-60.

_____. *A construção da Reforma Psiquiátrica e o seu contexto histórico*. Dissertação apresentada a Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Julio Mesquita”, Campos de Assis, para obtenção do título de Mestre em Psicologia. Assis: UNESP, 1999.

YIN, R. K. *Case study research: design and methods*. PINTO, R.(tradução). 2002

ANEXO

Anexo 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADO

1. Demanda em saúde mental.
2. Índice de atendimento saúde mental no município.
3. Política municipal em saúde mental.
4. Princípios norteiam a assistência.
5. Concepção de Reforma Psiquiátrica.
6. Protocolos de atendimento municipal em saúde mental.

7. Assistência em SM. Serviços em saúde mental oferecido para os PTM.
8. Ocorrência de muitas internações psiquiátricas. O que vem levando a esse número?
9. Estruturação da rede de atendimento. Necessidade de mudanças ou não.
10. Profissionais da equipe SM. Equipe ideal.
11. Acolhimento ao paciente.
12. Procura de estrangeiros nos serviços SM
13. Quais estrangeiros procuram os serviços.
14. Como ocorre o atendimento em caso de estrangeiros.
15. A que pode ser atribuída a procura destes serviços por estrangeiros.
16. Políticas de saúde mental nos demais países da tríplice fronteira.
17. Serviços prestados em saúde mental nos demais países da tríplice fronteira.
18. Onde os estrangeiros costumam procurar estes serviços.
19. Após o estrangeiro receber o primeiro atendimento, o que ocorre depois.
21. Retorno de estrangeiros em procura de atendimento? Porque motivos eles retornam.
22. Tipo de registros quando da utilização dos serviços pelos estrangeiros.
23. A avalie o atendimento prestado aos estrangeiros.
24. Razões que vem desencadeando ou contribuindo no aparecimento de problemas de saúde mental na população de fronteira.
25. Como deveria ser a assistência em saúde mental.
26. Direitos do portador de transtorno mental.
27. Você acha que vem ocorrendo mudanças na forma de prestar assistência ao PTM?
28. Capacidade da rede municipal frente à demanda.
29. Fornecimento de medicação?

Anexo 2



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
NÚCLEO DE ESTUDOS ESTADO, SOCIEDADE CIVIL E POLÍTICAS PÚBLICAS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado para participar da pesquisa Atenção à saúde mental na região da tríplice fronteira: políticas e práticas, desenvolvida pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a UFSC.

Este estudo tem como objetivo identificar as políticas e práticas da atenção em saúde mental na região da tríplice fronteira do Mercosul, evidenciando as tendências que vem sendo consolidadas na forma de atenção à saúde mental.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em participar de uma entrevista sobre as ações demandadas pela população fronteiriça nos serviços de saúde mental local, mecanismos utilizados para o acesso, fluxos formais e informais entre os serviços na região e estratégias de resposta de gestores locais às pressões por atendimento. Esta entrevista será gravada para posteriormente ser analisada.

Sua participação na pesquisa contribuirá para o melhor conhecimento da realidade das questões referentes a saúde mental da população da fronteira e os serviços oferecidos em resposta a esta demanda.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Lurdiane Andréa Marca

Lurdiane Andréa Marca
Núcleo de Pesquisa Estado Sociedade Civil e Políticas
Públicas
Florianópolis – Santa Catarina/SC -
Tels.: (47) 91233232 / 33651353
Fax: (47) 33651353
E-mail: lua_marca@hotmail.com.br ou
luamarca@zipmail.com.br

Declaro que entendi os objetivos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Sujeito da pesquisa

Anexo 3

Roteiro Grupo Focal

- 1) Compreensão sobre a Política Nacional de Saúde Mental.
- 2) Estruturação da rede local para na assistência em saúde mental.
- 3) Abordagem realizada aos usuários, nacionais e estrangeiros, que necessitam de assistência em saúde mental, no cotidiano de sua prática.
- 4) Possibilidade de compromisso na garantia dos direitos aos usuários de saúde mental.
- 5) Como deveria ser prestado o atendimento em saúde mental.
- 7) Internação psiquiátrica?
- 6) Interferência na saúde mental da população local na região de fronteira à qual possui característica peculiar (contrabando, narcotráfico, desemprego, pobreza, diversidade cultural e outros).